

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Životní bariéry lidí s tělesným handicapem

Life barriers of people with physical handicap

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Dis. Hana Benešová

Praha 2009

Anotace

Bakalářská práce se nazývá „Životní bariéry lidí s tělesným handicapem“. V předložené práci se zaměřuji na základní problémy a bariéry lidí s tělesným handicapem. Představuji v ní základní terminologii zdravotně handicapovaných osob, problémy týkající se zaměstnávání osob se zdravotním handicapem, problematiku přepravy osob se zdravotním handicapem, architektonické bariéry, problematiku bydlení, trávení volného času a jeho možnosti. Představuji sociální služby pro lidi s tělesným handicapem a pracovníky, kteří těmto lidem pomáhají.

Praktická část se skládá z kazuistik (případových studií) dvou mladých lidí s tělesným handicapem, rozhovoru a ankety.

Annotation

Name of bachelor work is „Life barriers of people with physical handicap“. In this dissertation there are presented basic facts and problems of people with physical handicap. I explain the definition of health disability in the legislation of Czech Republic, the main terminology relating to the handicapped people, problems with an employment, problems of transportation, architectonic barrier, free time and life problems of disabled people. I present social services for physically handicapped people. In the following parts, I describe social workers. Practical part consists of opinion and problems of two young people, interview and public inquiry (in my home country Říčany).

Klíčová slova

tělesný handicap, životní bariéry (fyzické a psychické bariéry), bezbariérové prostředí, integrace, komunikace, sociální služby, mimořádné výhody.

Keywords

physical disability, life barriers (physical and mental barriers), barrier-free environment, integration, specialized communication, social services, system of benefits.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci s názvem „**Životní bariéry lidí s tělesným handicapem**“ zpracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 14. dubna 2009

Hana Benešová

.....
(podpis)

Poděkování

Touto cestou bych velice ráda poděkovala vedoucí práce RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za poskytnuté informace a pomoc při vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla ze srdce poděkovat PhDr. Haně Čేశkové za cenné rady a kontakty při psaní předložené práce a v neposlední řadě i všem dětem Jedličkova ústavu a škol.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. VYMEZENÍ OKRUHU A TERMINOLOGIE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	9
2. KLASIFIKACE TĚLESNÝCH HANDICAPŮ.....	13
2.1. Vrozené tělesné handicapy	13
2.2. Získané tělesné handicapy	14
2.3. Tělesné handicapy po nemoci	16
3. VÝVOJ VZTAHU SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝM JEDINCŮM	19
3.1. Stadium represivní	19
3.2. Stadium charitativní péče.....	20
3.3. Stadium humanitní péče.....	21
3.4. Stadium rehabilitační a preventivní péče	22
4. MOŽNOSTI ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S TĚLESNÝM HANDICAPEM	23
4.1. Definice a znaky podporovaného zaměstnávání.....	24
4.2. Podporované zaměstnávání pro lidi s tělesným handicapem	25
4.3. Chráněné dílny	27
5. PROBLEMATIKA DOPRAVNÍ OBSLUŽNOSTI A ARCHITEKTONICKÝCH BARIÉR	29
5.1. Národní rozvojový program mobility pro všechny.....	30
5.2. Cestování lidí s tělesným handicapem	32
6. PROBLEMATIKA BYDLENÍ	35
7. VOLNÝ ČAS, SPORT A KULTURA JAKO NÁSTROJ REHABILITACE	38
8. KOMUNIKACE A PSYCHICKÉ BARIÉRY	41
9. SOCIÁLNÍ SLUŽBY	45

9.1.	Služby pro lidi s postižením	46
9.2.	Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany .	47
9.3.	Příspěvky pro tělesně handicapované občany:.....	50
10.	ÚLOHA PRACOVNÍKŮ S TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝMI	55
11.	KAZUISTIKY	58
12.	INTERVIEW V PEDAGOGICKÉM VÝZKUMU	67
13.	ANKETA.....	71
	ZÁVĚR	79
	SUMMARY	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM PŘÍLOH	85
	PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Problematika tělesně handicapovaných, ale stejně tak i dalších zdravotních handicapů je stále velmi diskutované téma. Z této široké škály jsem si vybrala problematiku tělesně handicapovaných, zejména pak problematiku bariér (fyzických i psychických).

Osoby s tělesným handicapem mají často problém s integrací do společnosti. Jejich defekt je často velmi viditelný, a pro některé lidi impulsem k častým narážkám. Toto téma jsem si vybrala také proto, že se od svých sedmnácti let aktivně věnuji této problematice. Prvotním impulsem bylo seznámení s vozičkářkou skrze mého kamaráda. Velmi jsme si i přes značný věkový rozdíl rozuměly, a díky ní jsem poznala řadu nových přátel a nabrala nové zkušenosti z této oblasti. Z počátku jsem působila jako dobrovolnice v neziskové organizaci, o. s. Vlastní cestou, která je zaměřena na volný čas lidí s tělesným handicapem a také mapuje bariéry v hlavním městě Praze. Po této zkušenosti jsem pracovala jako osobní asistentka v Pražské organizaci vozičkářů a také jsem absolvovala půlroční praxi v Jedličkově ústavu a školách. Mimo jiné jsem začala spolupracovat i s Komunitním centrem v Říčanech, kde bydlím. Je to jediná organizace, která pomáhá v mém rodném městě lidem se zdravotním postižením.

V minulosti téměř vždy převládala určitá skepse k těmto lidem. Domnívám se, že až nyní, v 21. století je tento pohled na tělesně handicapované osoby daleko vstřícnější. Ovšem ani nyní nemohou osoby s handicapem vždy realizovat svá lidská práva a jsou v mnoha pohledech diskriminováni. V České republice začalo být na problém porušování lidských práv zdravotně handicapovaných osob poukazováno teprve od počátku devadesátých let a postupně byly odkrývány oblasti, kde docházelo k otevřené nebo více či méně skrývané diskriminaci těchto osob. Přitom se tato diskriminace objevuje ve velmi důležitých sférách, jakými jsou vzdělávání, bydlení, doprava, architektonické bariéry, zaměstnávání, přístup k informacím a službám apod.

Některé z těchto problematických sfér budou dominovat v předložené bakalářské práci. Nejprve uvádím základní terminologii k problematice lidí s tělesným handicapem a klasifikaci těchto handicapů. Ve třetí kapitole popisuji vývoj vztahu společnosti k těmto lidem. V dalších částech se zabývám zásadními bariérami, které musí handicapovaní překonávat každý den. Mnozí z nás si tyto bariéry vůbec neuvědomují. Nejprve uvádím základní možnosti zaměstnávání a problémy spojené se zaměstnáváním tělesně handicapovaných. V následující kapitole se zaměřuji na problematiku dopravní obslužnosti a architektonických bariér. Problematiku bydlení popisuji

v následující kapitole. Velmi podstatnou úlohu v životě handicapovaného hraje i sociální rehabilitace a kvalitní trávení volného času. Psychické bariéry a komunikace s lidmi s tělesným handicapem jsem se pokusila nastínit v osmé kapitole. Teoretickou část uzavírá kapitola o sociálních službách a o úloze pracovníků, kteří jsou nezbytní pro člověka s tělesným handicapem.

Praktická část, která plynule navazuje na část teoretickou, je složena ze dvou kazuistik (případových studií), rozhovoru o bariérách, a z ankety o znalostech problematiky tělesně handicapovaných občanů širokou veřejností v mém rodném městě, Říčany.

Cílem této práce je podat informace o hlavních překážkách v životě handicapovaného člověka. Dále se snažím z praktického hlediska ukázat metody práci s nimi a jejich postoje k bariérám. A v neposlední řadě je hlavním cílem zjistit, jak stát a společnost tyto lidi vnímá a jak jim pomáhá. V posledních dvaceti letech došlo k zásadní proměně sektoru sociálních služeb i celé společnosti. Došlo k řadě změn díky novému zákonu o sociálních službách. Byly vytvořeny úplně nové služby, začal se rozvíjet neziskový sektor s řadou zařízení pro lidi se zdravotním postižením a v neposlední řadě se začalo čím dál více nejenom debatovat o integraci handicapovaných do společnosti. Jaké jsou hlavní problémy a bariéry v životě lidí s tělesným handicapem a jak pomáhá stát těmto lidem? To je otázka, která bude vodítkem mé bakalářské práce.

1. VYMEZENÍ OKRUHU A TERMINOLOGIE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Terminologie k tomuto tématu je velmi rozsáhlá, proto jsem se zaměřila na základní pojmy, které se prolínají celou bakalářskou prací. V první kapitole nalezneme vymezení základní terminologie osob se zdravotním postižením.

Znevýhodnění - handicap je Světovou zdravotnickou organizací definován jako omezení vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální. (*VYSOKAJOVÁ, M. Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení. Praha: Karolinum, 2000, str. 24*).

Postižení, disabilita, změněná schopnost (disability) – jedná se o jakékoliv omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. (*VYSOKAJOVÁ, M. Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení. Praha: Karolinum, 2000, str. 24*).

Defekt (z latiny defectus – úbytek) - defektem (vadou) rozumíme ztrátu nebo poškození v anatomické stavbě organismu poruchy ve funkcích organismu. Příčinami defektů jsou úrazy, onemocnění i dědičnost. Defekty se projevují jako anomálie vzhledu a výkonnosti. Defekty dělíme na vrozené (dědičné) a získané během celého života. Důsledkem defektu je defektivita. (*PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 199, str. 25*).

Osoby se zdravotním postižením (OZP) – hranice mezi člověkem postiženým a zdravým je velice neostrá. Můžeme říci, že OZP mají taková funkční omezení, která vyžadují mimořádné požadavky na jejich životní, ale i pracovní podmínky. Péče, kterou OZP následkem postižení potřebují, přesahuje oblast zdravotní a spadá tak i do oblasti sociální, případně pracovní či pedagogické. Z posudkového hlediska je stupeň postižení vyjádřen takto: TP, ZTP, ZTP/P(více viz.kapitola 9., podkapitola mimořádné výhody). OZP mohou mít různé typy a stupně postižení. Z hlediska typu postižení rozeznáváme tyto hlavní skupiny: tělesně postižení, zrakově postižení, sluchově postižení, postižení vnitřními chorobami (například kardiaci, astmatici, onkologičti

pacienti aj.), mentálně postižení, psychiatrickí pacienti a kombinovaná postižení. (VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005, str. 14).

Tělesný handicap - za tělesné handicapy jsou nejčastěji považovány přetrvávající nebo trvalé nápadnosti a snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu týkající se kostí, kloubů i svalového vybavení. Vznikají na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem. Tělesný handicap můžeme definovat jako vadu pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. (RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, str. 30).

Mobilita - společným znakem všech tělesných handicapů je omezená mobilita. Jedná se o primární poruchu hybnosti, neboť příčinou je přímé poškození motorického, periferního nebo výkonného pohybového ústrojí. Omezení motorického výkonu vyplývá z neurologického, ortopedického a interního základu. Má nepříznivý vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj člověka, zejména v dětském věku. (RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, str. 31).

Psychické a fyzické bariéry - lidé se zdravotním handicapem musejí překonávat v životě fyzické a psychické bariéry s mnohem větším úsilím než lidé bez handicapu. Fyzické bariéry jsou reálná omezení v prostředí, ve kterém handicapované osoby žijí a pohybují se každý den. Fyzické bariéry komplikují každodenní život lidí s handicapem. Mnohem více však zraňuje osoby s handicapem bariéra psychická. Ta se odráží zejména v komunikaci s lidmi bez handicapu. Lidé bez handicapu mnohdy nevědí, jak s takovými lidmi komunikovat a jak jim pomoci, když je vidí v těžké situaci. Do těchto situací se lidé s handicapem dostávají každý den, když jdou na nákup, zařizovat úřední věci či za zábavou. Mnoho lidí se diví, jak to, že tito lidé nejsou izolováni někde v ústavech sociální péče. Ale proč by tomu tak mělo být, například u vozičkáře, který má i přes krizové situace chuť žít a radovat se z maličkostí jako každý člověk.

Některé typy handicapu omezují možnosti řádné výchovy, vzdělávání a socializace zdravotně handicapovaných osob do společnosti. Upravit rozvoj osobnosti a zmírnit negativní

dopad handicapu lze pomoci výchovně vzdělávacího plánu, kompenzačních pomůcek či zvolením vhodných služeb. Zdravotní handicap mění i pracovní schopnosti a návyky člověka. V řadě případů se řešení nachází nejenom ve změně pracovního místa, v rekvalifikaci, ale také v úpravě organizace práce či zajištění vhodných kompenzačních pomůcek. (*FILIPIOVÁ, Daniela. Život bez bariér. Praha: Grada, 1998, str. 8).*

Socializace – schopnost jedince zapojit se do společnosti. Existují 4 základní stupně socializace:

- integrace – naprosté zapojení a úplné splynutí znevýhodněného jedince ve společnosti. Světová zdravotnická organizace formuluje integraci jako sociální rehabilitaci, schopnost příslušné osoby podílet se na obvyklých společenských vztazích. Integrace je tedy stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými. Opakem je segregace. Je to stav, kdy postižený je ze společnosti vyčleněn nebo se sám ze společnosti pro svůj defekt vyčleňuje
- adaptace – přizpůsobení se znevýhodněného jedince společenskému prostředí za určitých podmínek, je velmi důležité vycházet z individuálních vlastností, schopností a potřeb znevýhodněného jedince
- utilita – sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, možnosti rozvoje jsou omezené, pracovní a společenské uplatnění pod dohledem jiných osob
- inferiorita – sociální nepoužitelnost, segregace jedince, nevytvoření popř. ztráta sociálních vztahů. (*PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998, str. 28).*

Somatopedie – vědní obor, který je společně s etopedií, logopedií, surdopedií a tyflopédií součástí speciální pedagogiky. Zabývá se výchovou a vzděláváním tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených. Vědní obor somatopedie tvoří disciplíny speciálně pedagogické, mezi něž patří: základy somatopedie, teorie výchovy, teorie vzdělávání tělesně a zdravotně postižených, speciální metody reedukační, kompenzační, psychorehabilitační a didaktické, organizace škol a historický vývoj péče o tělesně a zdravotně postižené. (*RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, str. 5).*

Rehabilitace – komplexní postupy odstraňující nebo zmírňující následky postižení. Cílem rehabilitace je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit. V České republice se pojem uplatňuje spíše v užším, zdravotnickém, na tělo orientovaném pojetí. V jiných zemích je význam širší – zahrnuje všechny druhy pomáhajících postupů včetně poskytování sociálních služeb. Rehabilitace může být: léčebná, výchovně vzdělávací, pracovní, sociální, psychologická, technická, právní a ekonomická. (PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, str. 30).

Speciálně pedagogická diagnostika – je součástí speciální pedagogiky a jejím hlavním cílem je co nejdokonalejší poznání člověka s postižením, vadou či handicapem. Diagnostika zkoumá průběh dosavadního vývoje člověka i s jeho etiologií. Umožňuje tak široký rozvoj osobnosti, a to i je důležité pro určení možností jejich socializace ve společnosti. Cílem diagnostiky v lékařství, která je pro zdravotně postižené nezbytná je stanovení druhu choroby a následná terapie. Zatímco v oblasti speciální pedagogiky je diagnóza východiskem pro pedagogické vedení a působení. Somatopedická diagnostika se přímo zabývá tělesným postižením a zdravotním oslabením. (PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, str. 33).

2. KLASIFIKACE TĚLESNÝCH HANDICAPŮ

Tělesný handicap znamená pro jedince vždy určité pohybové omezení, které může souviset i s omezením poznávacích schopností. Nejčastěji se tělesné handicapy člení na vrozené, získané po úraze a získané po nemoci.

2.1. Vrozené tělesné handicapy

Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů působících v době prenatalní, perinatální a raně postnatální (komplikované porody, parazitální onemocnění v těhotenství, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj centrální nervové soustavy atd.). Mezi vrozené tělesné handicapy řadíme poruchy tvaru lebky. Na jejím vzniku se kromě dědičných dispozicí podílejí také záněty v době nitroděložního vývoje, endokrinní poruchy atd. Dalším vrozeným handicapem je porucha velikosti lebky, vrozené vady končetin a růstové odchylky. Nejznámějšími vrozenými handicapy jsou centrální a periferní obrny.

- **Dětská mozková obrna**

Dětská mozková obrna (DMO) je porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství. Příznaky DMO zahrnují široký rozsah postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo stříhání nůžkami, může mít obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí, může strádat mimovolnými pohyby, jako jsou například krouživé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst znemožňující artikulaci. Příznaky se liší od jedince k jedinci a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit. Někteří lidé s DMO jsou navíc postiženi dalšími zdravotními problémy včetně epileptických záchvatů a poruch mentálních funkcí. Přes všeobecně vžitě přesvědčení nemusí znamenat diagnóza DMO vždy automaticky těžký handicap. Zatímco dítě s těžkou formou DMO je mnohdy zcela neschopné chůze a potřebuje velmi náročnou, komplexní a celoživotní péči, dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a obejde se bez speciální pomoci. DMO není nakažlivá ani dědičná. Přes veškerý dosavadní výzkum není toto onemocnění vyléčitelné ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí

nemocným s DMO pomoc alespoň částečným mírněním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života.

M. Renotierová uvádí, že etiologie handicapu bývá různá, jednotliví činitelé se mohou kombinovat:

- **příčiny prenatální** – nedostatečné okysličení tkání, infekční nemoci matky, toxické vlivy různých chemických látek, úrazy matky či těžká psychická traumata, dědičnost, nedonošenost, přenošenost dítěte atd.,
- **příčiny perinatální** – dlouhotrvající porod či těžká novorozenecká žloutenka,
- **příčiny postnatální** – těžká infekční onemocnění, zánětlivá onemocnění centrální nervové soustavy, těžká průjmovitá onemocnění s toxickými následky pro organismus, hnisavé záněty středního ucha, úrazy hlavy apod. (*RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, str. 34*).

Základní léčbou DMO je rehabilitace hybné poruchy. V současné době v České republice převládá aplikace Vojtovy reflexní metody. Součástí komplexního rehabilitačního programu jsou kromě fyzioterapie i ostatní metody, jako například ergoterapie, logoterapie, sociální rehabilitace a jiné. U všech dětí s DMO je indikována opakovaná lázeňská léčba. U některých forem musí být součástí dlouhodobého léčebného plánu i včasná úvaha o ortopedickém zákroku. Farmakoterapie je v léčbě indikována pouze dětským neurologem ve spolupráci s ostatními odborníky.

V posledních letech počet handicapovaných dětí narůstá a DMO se stává jedním z významných problémů v dětské neurologii a léčebné rehabilitaci, neboť vyžaduje komplexní péči nejen po stránce lékařské, ale také pedagogické, psychologické, sociální, ekonomické a rehabilitační.

2.2. Získané tělesné handicap

Příčinami získaných tělesných handicapů mohou být deformace, různé typy úrazů a řada nemocí. V dnešní době jsou nejčastěji získané tělesné handicapy po úraze, proto se zaměřím především na ně. Nejtěžší úrazy dětí, mladých lidí, ale i dospělých jedinců nastávají při dopravních nehodách, při zasažení elektrickým proudem a při živelních katastrofách. Trvalé následky, které zasahují zcela nebo částečně mobilitu člověka, ztěžují nejen jeho výchovu a vzdělávání, ale mohou se negativně promítnout do kvality celého dalšího života. Do tělesných

handicapů po úraze řadíme úrazová onemocnění mozku a míchy, úrazové poškození periferních nervů a amputace.

- **Úrazová onemocnění mozku a míchy**

Mezi úrazová onemocnění mozku a míchy řadíme zhmoždění mozku nebo části mozku, která vznikají působením většího zevního násilí (např. dopravní nehoda, střelné poranění aj.). Pokud jedinec úraz přežije, zůstávají trvalé následky.

Z hybných poruch to bývá většinou ochrnutí levostranných či pravostranných končetin, někdy může dojít i k ochrnutí obou dolních končetin. Časté jsou také okohybné poruchy, kdy vzniká dvojité vidění. Dále mohou vznikat různé duševní nebo zrakové poruchy.

Další úrazové onemocnění mozku a míchy jsou zlomeniny obratlů, které mívají za následek poškození míchy, a to nejčastěji v oblasti krční páteře nebo na přechodu mezi hrudní a bederní páteří. Příčinou bývají úrazy při pádu z výšky, sportovní úrazy a úrazy při dopravních nehodách. Těžké následky se projevují při lehkomyšlných skocích do mělké vody, kdy obvykle dochází k těžkému poranění dolní krční páteře. Bývá to vymknutí nebo zlomenina některého obratle, což má za následek stlačení nebo i přetržení míchy. Příznaky poškození míchy odpovídají místu a stupni úrazu. Okamžitě se projevují poruchy hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí. (*RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, str. 37-38*).

- **Úrazové poškození periferních nervů**

Úraz (kromě zánětlivých onemocnění, metabolických nebo toxických příčin) bývá nejčastější příčinou poškození nervů. Do této skupiny řadíme tři stupně postižení: nejlehčí stupeň je přechodná funkční blokáda. Vzniká obvykle při zavřeném tupém poranění periferního nervu, tedy jeho pohmožděním. Projevuje se jen dočasně trvajícím ochrnutím svalů. Druhý stupeň je těžší stupeň úrazového poškození. Důsledkem je přechodná ztráta spojení svalu s nervem. Poslední stupeň je nejtěžším stupněm poškození periferního nervu. Jedná se o úplné přerušení nervu, kdy oba konce jsou od sebe oddáleny. Je potřebný chirurgický zákrok, kdy se musí oba konce co nejdříve scelit. (*PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998, str. 33*).

- **Amputace**

Amputace je umělé odnětí části končetiny od trupu. Vážné úrazy, jejichž následkem je amputace, mohou nastat již v dětském věku. Je zkušeností, že čím mladší dítě je úrazem postižené, tím snadněji se vyrovnává s důsledky. Pozdější úrazy a následné amputace mají zvláště v době dospívání za následek vznik celého komplexu vnitřních obtíží, které zhoršují celkovou situaci a život mladého člověka.

Kromě úrazu může být příčinou amputace cévní onemocnění či zhoubné nádory na končetinách. Amputace je indikována v těch případech, kdy poúrazové nebo chorobné změny končetin zhoršují handicapovanému život, podstatně snižují jeho pracovní schopnosti nebo mu život přímo ohrožují. Důsledkem amputací není jen anatomická, ale především funkční ztráta. Tyto okolnosti bývají příčinou mimořádné životní a společenské situace a mohou vyvolávat reaktivní psychické poruchy.

Amputační ztráty jsou kompenzovány protézami a technickými pomůckami, které mají ztracené části těla nahradit. Tvarem by měly odpovídat ztracené části končetiny a takto zakrývat i handicap kosmetický. Jejich poslání je však především v nutnosti nahradit ztracenou funkci. Amputační pahýl je část končetiny od místa amputace čili vrcholu pahýlu k prvnímu zachovalému kloubu. Na amputační pahýl jsou kladeny různé požadavky, které souvisejí nejen se zachováním jeho funkčního využití, ale i s možnostmi protetického vybavení. Hodnotí se jizva, stav pokožky a podkoží pahýlu či zbylé svalstvo. Amputační schémata uvádějí, které části končetiny jsou důležité pro zachování funkce i pro vybavení vhodnou protetickou pomůckou. (PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, str. 137.).

2.3. Tělesné handicapy po nemoci

V následující podkapitole uvedu alespoň ty nejčastější a nejzávažnější tělesné handicapy, které mohou nastat po nemoci.

- **Revmatická onemocnění**

Nejčastější bývá akutní revmatismus, který bývá v dětském věku kromě postižení hybnosti zároveň hlavní příčinou srdečního onemocnění. Příčinou onemocnění bývá streptokoková infekce skupiny A. Postihuje děti mezi 5. a 15. rokem života, zejména ve vlhkých

a chladných měsících z jara a na podzim. Začátek nemoci může být prudký, bouřlivý, ale nenápadný. Nemusí tedy být hned poznán a nemoc může být odhalena až při náhodné prohlídce nebo v důsledku šetření sekundárních příznaků (únava, bledost, ztráta zájmu apod.).

K hlavním příznakům patří postižení kloubů, srdce, mozku a popřípadě i vyrážka na kůži. Nejzávažnějším projevem tohoto onemocnění může být revmatický zánět srdce, který se projevuje vysokou horečkou, zrychleným tepem a dechem.

• **Myopatie**

Toto onemocnění je považováno za primární svalové onemocnění, které vzniká na základě dědičných a metabolických poruch. Začíná nejčastěji v dětství, méně často až v adolescenci, vzácně v dospělosti. Toto onemocnění se projevuje postupným rozpadem svalových vláken, která se proměňují na bezcenné vazivo s nestejně velikou příměsí tuku. Tento proces probíhá různě rychle, většinou ale symetricky se stejným postižením levé i pravé poloviny těla. Z počátku nemoci nebývá snížená mobilita, ale jen svalová síla. Postupem procesu je hybnost omezována podle toho, které svalové skupiny jsou zasaženy. V pokročilém stadiu nemoci, i když zpočátku byl proces omezený jen na oblast horních končetin nebo končetin dolních, se nemocný již nepostaví a nemůže chodit. Trvale je odkázán na vozík a na lůžko, vyžaduje nepřetržité ošetřování a pomoc při sebeobsluze.

Pomoc nemocným je zaměřena především na včasnou léčebnou i další ucelenou rehabilitaci za podpory léků. Oslabené svalové skupiny musí být posilovány aktivním cvičením a podle možnosti jsou prováděna cvičení proti odporu. U těžkých postižení je důležité pacienta zaměstnávat podle jeho možností. I když toto onemocnění nemívá dobrou prognózu, je potřeba vycházet ze skutečnosti, že jakákoliv činnost těchto osob má psycho rehabilitační charakter a význam.

• **Dětská infekční obrna**

Dětská infekční obrna (Poliomyelitis) je infekční onemocnění způsobené virem, který poškozuje oblasti páteřní míchy odpovědné za svalový pohyb. Virus dříve v intervalech několika let vyvolával epidemie. Většina onemocnění proběhla skrytě nebo jen s příznaky chřipky. U části dětí pronikl virus do nervového systému a způsobil těžké obrny s následnými

deformitami. Docházelo rovněž k postižení mozku nebo prodlužené míchy, které vyvolalo selhání základních životních funkcí. Od zavedení očkování se toto dříve obávané onemocnění u nás nevyskytuje. Ve světě však tato choroba zdaleka nebyla vymýcena a cestováním může k nám být zavlečena znovu. (*RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, str. 44 - 46*).

3. VÝVOJ VZTAHU SPOLEČNOSTI K TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝM JEDINCŮM

Vztah společnosti k tělesně handicapovaným osobám se vyvíjel souběžně s rozvojem společenského bytí a vědomí. Byl závislý na struktuře společnosti v určité územní oblasti a v určité etapě vývoje společenských výrobních vztahů, na stupni myšlení, na stavu morálky a normách společenského života. V jednotlivých etapách a v jednotlivých zemích byl velmi rozdílný i podle původu handicapovaných jedinců. Náзор na postavení lidí s handicapem ve společnosti a na vztah společnosti k nim se měnil s vývojem společenského myšlení, ale i s politikou vládnoucí vrstvy. Z tohoto hlediska je možno sledovat a určit ve vývoji lidské společnosti několik charakteristických stadií, která probíhala a stále probíhají souběžně v různých zemích a oblastech v závislosti na stupni kulturního, mravního a hospodářského vývoje v daném regionu.

F. Kábele rozděluje vývoj vztahu k tělesně handicapovaným takto:

3.1. Stadium represivní

V prvobytně pospolné společnosti nebyly ještě vytvořeny morální normy ve smyslu rozlišování dobra a zla. Za dobré bylo považováno to, co bylo životaschopné a co posilovalo životaschopnost skupiny, za zlé pak to, co tuto životaschopnost ohrožovalo a oslabovalo. Vztah k handicapovaným jedincům určovaly životně existenční zřetele. Úsilí o zachování rodiny, rodu nebo kmene vyžadovalo mnohdy vyloučení slabých a nemocných jedinců, kteří svou existencí snižovali zdatnost a životaschopnost skupiny, ke které náleželi. Těchto jedinců se skupina zbavovala buď přímou likvidací, nebo vyloučením a opuštěním.

Vznikem otrokářské společnosti se tyto vztahy podstatně změnily. Vylučování tělesně handicapovaných, nemocných a starých lidí ze společnosti ztratilo své původní existenční opodstatnění. Zůstalo však i nadále zaměřeno na novorozené děti, jejichž další existence byla z různých důvodů nežádoucí.

- **Likvidace handicapovaných**

Jedná se o násilné usmrcování tělesně handicapovaných či nedostatečně vyvinutých dětí brzy po jejich narození. Tyto praktiky byly pravděpodobně běžné po celé antické období. I řada dalších starověkých národů se nechovala ke svým tělesně handicapovaným dětem lépe. Kartagiňané je likvidovali utopením v moři, Indové a Číňané v řekách. Případy fyzické likvidace tělesně handicapovaných se vyskytly ještě i ve středověku, neboť církevní inkvizice a někteří náboženští reformátoři a filozofové je označili za „zplozence ďábla“, kteří na život nemají právo.

- **Segregace handicapovaných**

Toto stádium lze charakterizovat jako formu represe, existující souběžně s likvidačními praktikami. Kočovné národy své nemocné a tělesně handicapované členy přímo neusmrcovaly, ale ponechávaly je na dřívějších sídlištích. Až do současné doby existují jisté formy segregace. Příkladem mohou být některé africké a asijské oblasti, v nichž po vypuknutí nakažlivých onemocnění jsou dotyční vyváženi na vyhrazená místa oddělená demarkační čarou, kam je nemocným donášeno jídlo a nutné životní potřeby.

3.2. Stadium charitativní péče

S nástupem monoteistických náboženství a jejich náboženské filozofie se postupně měnil i vztah společnosti k handicapovaným jedincům. Křesťanství, židovství i některá další náboženství hlásali lásku k bližnímu a povinnost mu pomáhat. Z těchto idejí vzniká charitativní postoj společnosti k handicapovaným jedincům, a to zpočátku u jednotlivců, později u celých skupin (například v církevních řádech). Vznikají první útulky a „špitály“ pro handicapované osoby, kde jim jsou poskytovány alespoň nejnutnější životní prostředky. Tento náboženský přístup k handicapovaným jedincům má však v sobě i řadu rozporů.

Narození handicapovaného dítěte je někdy považováno, jakožto znetvořeného člověka, za boží trest seslaný na rodinu, obec či zem. Proto podle mínění některých náboženských představitelů o takto handicapované dítě není třeba pečovat. Vyskytovaly se i takové názory, že utrpení handicapovaného člověka v pozemském životě je pro něj pouze přípravou pro blaženost v životě věčném, že tedy není třeba o něho pečovat a tím mu prodlužovat bolesti a strádání na tomto světě.

Počet tělesně a zdravotně handicapovaných jedinců ve středověku byl značný, neboť kromě vrozených tělesných postižení se projevovaly i četné následky válek, nedostačující výživy a zdravotnické péče. Tito lidé, vyobcovaní z obcí a měst, se někdy sdružovali v tlupy, živilí se žebrotou a krádežemi a stávali se postrachem celých krajů. Snahy charitativní péče zdaleka nestačily odstranit tyto rozpory a nedostatky.

Tělesně handicapovaní jedinci z rodin feudálů a vládnoucích vrstev měli dvojí možný osud. V některých případech se za ně jejich rodiny styděly a handicapované děti likvidovaly nebo skrývaly. Takové děti byly dávány na vychování na osamělá vzdálená místa (například do rodin pastýřů či uhlířů). Stávalo se však, že prominentní rodina, a zejména matka, postižené dítě akceptovala a snažila se mu zajistit co nejlepší léčebnou a výchovnou péči. Tak se z některých handicapovaných dětí staly významné osobnosti (například anglický král Richard III., lord Byron aj.).

Charitativní přístup společnosti k handicapovaným jedincům znamená zásadní změnu ve vztahu k nim. Poprvé je zde totiž možno mluvit o určité péči o handicapované lidi v pravém slova smyslu. Kromě toho se v některých útulcích nebo zařízeních charitativní péče začínalo postupně i s výchovou handicapovaných dětí. Tak se začaly vytvářet předpoklady pro přechod k péči humanitní.

3.3. Stadium humanitní péče

Období humanismu a renesance, charakteristické snahami o návrat k antické vzdělanosti a kultuře, znamenalo i změnu vztahu společnosti k handicapovaným lidem v tom smyslu, že se začal vyslovovat požadavek na jejich vzdělávání. Tyto snahy narážely na odpor feudálů, kteří se obávali rozšíření vzdělání mezi nevolnický a robotnický lid.

Tím více vynikají pokrokové a osvícenské názory J. A. Komenského, který proti názorům feudálů a vládnoucích vrstev proklamuje požadavek všeobecného a všestranného vzdělávání pro všechny lidi, bez rozdílu původu, pohlaví nebo stavu. Vlivem jeho myšlení a názorů dalších humanistů se začaly postupně objevovat snahy o vzdělávání tělesně a smyslově handicapované mládeže v ústavech a zařízeních. Počátky je možno hledat patrně u soukromých učitelů a vychovatelů handicapovaných dětí feudálů. Když tito učitelé svůj úkol splnili, věnovali se zpravidla výchovně vzdělávací péči o handicapované děti z jiných prominentních rodin. Tak

vznikaly první soukromé ústavy, zprvu pro děti těžce smyslově handicapované, později i pro děti s tělesnými handicapy.

3.4. Stadium rehabilitační a preventivní péče

Humanitní snahy o vzdělávání tělesně a zdravotně handicapované mládeže postupně přecházely od požadavku všeobecného vzdělávání k požadavku odborného vzdělávání, tj. přípravy pro budoucí povolání. Počátky těchto snah v péči o tělesně handicapovanou mládež se objevují počátkem 20. století v ústavech v Mnichově či Kodani. U nás to byl Jedličkův ústav v Praze. Myšlenku rehabilitační péče v plném rozsahu a moderními metodami uskutečnil profesor MUDr. Rudolf Jedlička se spolupracovníky. I když termín rehabilitační péče nebyl tehdy ještě znám (vznikl až ve druhé světové válce), představuje Jedličkova koncepce souhrn veškeré péče (léčebné, výchovně vzdělávací, pracovní, sociální, psychologické, právnické a ekonomické) potřebné k rehabilitaci a resocializaci tělesně a zdravotně handicapovaných osob, k jejich zařazení do perspektivní práce a do společenského prostředí. Na rozdíl od dřívějších humanitních snah nešlo již o pouhé vzdělávání tělesně handicapovaných, ale o cílevědomou a dlouhodobou přípravu pro budoucí zaměstnání a společenské začlenění.

Současně s intenzivní rehabilitační péčí o tělesně a zdravotně handicapované se rozvíjejí a prosazují snahy o preventivní péči. Jsou výrazem nového zaměření zdravotnické i společenské péče vůči vzniku tělesných a zdravotních postižení a chorob. Vycházejí ze zásady, že je lepší zamezit vzniku handicapu či nemoci, než vzniklý handicap odstraňovat, mnohdy nákladně a ne se zcela úspěšným výsledkem.

Součástí této preventivní péče jsou i snahy zejména na úseku léčebné a výchovně poradenské péče pro nastávající manžele a rodiče. Tato péče je potřebná především u těch rodičů, u nichž se vyskytují vrozené dispozice, vady nebo choroby, které se mohou přenášet na potomstvo. (KÁBELE, F. *Somatopedie*. Praha: Karolinum, 1993, str. 16 - 21).

4. MOŽNOSTI ZAMĚŠTNÁVÁNÍ OSOB S TĚLESNÝM HANDICAPEM

Jedním z velmi častých problémů spojených s životem tělesně handicapovaných, je otázka zaměstnávání. Zaměstnání není pro lidi s tělesným handicapem jen zdrojem obživy, ale v nemenší míře prostředkem seberealizace s výrazným sociálně rehabilitačním účinkem. Proto není divu, že této problematice je věnována velká pozornost u nás i ve světě. Náš právní řád obecně neobsahuje problematiku zdravotně handicapovaných občanů jako celek, ale jen upravuje některá specifika zaměstnávání určitých skupin zdravotně handicapovaných občanů.

Obecně můžeme konstatovat, že zdravotně handicapovaný občan může najít pracovní uplatnění na normálním trhu práce nebo ve specializovaných organizacích vytvořených pro zaměstnávání těchto lidí pokud mu to dovolí jeho zdravotní stav. Z hlediska uplatnění v zaměstnání je prioritní uplatnění lidí s handicapem na otevřeném trhu práce. Pouze v případech, kdy to není možné, protože takové zaměstnání by neodpovídalo specifickým potřebám těchto osob, může být alternativou zaměstnání v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích.

V oblasti klasické politiky zaměstnanosti, tedy ve vztahu zaměstnavatel – zaměstnanec, upravuje podmínky Zákoník práce. Současný platný zákoník práce č.262/2006 je účinný od 1. 1. 2007. V souvislosti se zaměstnáváním zdravotně handicapovaných odkazuje v §237 na zvláštní předpis, kterým je v tomto případě zákon č.435/2004., o zaměstnanosti. Tento zákon upravuje v oblasti zdravotního postižení zejména: §4, který je zaměřen na rovné zacházení a zákaz diskriminace při uplatňování práva na zaměstnání, dále §9 o posuzování zdravotního stavu a součinnost zdravotnických zařízení při posuzování zdravotního stavu, dále §33, který se zabývá zvýšenou péčí o rizikové skupiny obyvatel, včetně obyvatel se zdravotním postižením, a dále je zaměstnáváním osob se zdravotním postižením věnována celá třetí část zákona tedy §67 - §84. Zde nalezneme okruh osob, které jsou považovány za zdravotně handicapované, působnost Úřadů práce, možnosti pracovní rehabilitace, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, možnosti speciálních rekvalifikačních kursů. V §75 najdeme vše o chráněných pracovních dílnách a o chráněném pracovním místě. V § 81 nalezneme velmi důležité informace o povinnosti zaměstnávat občany se zdravotním postižením. Zaměstnavatel s více než 25 zaměstnanci je povinen přijmout do pracovního poměru minimálně 4 % osob se zdravotním postižením.

Ráda bych ještě napsala o možnosti využití tzv. tréninkových míst. Projekt k vytvoření tréninkových pracovních míst pro osoby s těžkým zdravotním postižením zaštitila například Metropolitní univerzita v Praze, o. p. s. Tento program probíhal od 1. 1. 2007 do 30. 6. 2008 s finanční podporou Evropského sociálního fondu, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy. Tento program umožňoval handicapovaným osobám nástup do trvalého zaměstnání. Nabízel stálé pracovní uplatnění, ale vytvářel tak i prostor tréninkových pracovních míst, na nichž si handicapovaní po dobu 14 měsíců ověřili, jak bude pracovní proces probíhat, a jaké jsou skutečné možnosti na otevřeném trhu práce. K přechodu na otevřený trh práce sloužila činnost konzultačního poradenského pracoviště. V rámci projektu fungovala čtyři tréninková pracovní místa – Advokátní kancelář, Denní centrum MUP, Hestia a Úřad průmyslového vlastnictví. Na konci projektu byla uspořádána konference, která se zaměřila na problematiku zaměstnávání lidí se zdravotním handicapem a pozitivně hodnotila výsledky a cíle projektu.

4.1. Definice a znaky podporovaného zaměstnávání

Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří z důvodu zdravotního handicapu nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění.

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm. (*Projekt EQUAL. Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání. Praha: Rytmus, 2005, str. 16*).

J. Votava charakterizuje podporované zaměstnávání jako systém, který pomáhá postiženému překonat překážky, spojené s nástupem do práce a adaptací na novou situaci, která pracovním začleněním vznikla.

Hlavním cílem podporovaného zaměstnávání je umožnit lidem z cílové skupiny získat a udržet si takové zaměstnání na otevřeném trhu práce, které odpovídá jejich zájmům, schopnostem, nadání i osobním možnostem. Současně je cílem zvýšit úroveň samostatnosti uživatelů služeb – zprostředkovat vytvoření či rozvinutí jejich dovedností potřebných k nalezení,

získání a udržení si práce, k posílení jejich pracovních návyků a rozšíření zájmu o profesní rozvoj. (VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005, str. 117).

Zaměstnání se vykonává na otevřeném trhu práce. To znamená, že většina pracovníků zaměstnavatele není znevýhodněna a nepotřebuje tedy zvláštní pomoc. Dále má práce stabilní charakter, jelikož je pracovní poměr uzavřen na dobu neurčitou nebo na dobu, která je obvyklá u daného typu pracovního místa, zaměstnavatele či v daném regionu. Dohoda o provedení práce nebo dobrovolnické činnosti je akceptována jako fáze vedoucí k uzavření stabilního pracovněprávního vztahu. Pracovní místo odpovídá zájmům, schopnostem, nadání i osobním možnostem uživatele služeb a současně umožňuje jeho profesní rozvoj. Uživatel má příležitost na tomto pracovním místě získat nové dovednosti, může u něj dojít k pracovnímu postupu. Dalším charakteristickým znakem je, že uživatel má obdobné pracovní podmínky, prostředí, vybavení i mzdu jako ostatní pracovníci. Na pracovišti má příležitost k sociálnímu uplatnění, tedy k setkávání s ostatními pracovníky nebo zákazníky a k účasti na společenských akcích organizovaných zaměstnavatelem srovnatelně s ostatními pracovníky.

Velmi důležité je i poskytování podpory, která musí být vždy individuální a zaměřena na konkrétního člověka a zaměstnavatele. Cílová skupina uživatelů podporovaného zaměstnávání zahrnuje nejen zaměstnané se zdravotním handicapem, kteří tvoří největší část uživatelů, ale také osoby se závislostí na návykových látkách, lidi bez domova či lidi po výkonu trestu. Většina osob využívajících podporovaného zaměstnávání, jsou lidé se zdravotním handicapem.

4.2.Podporované zaměstnávání pro lidi s tělesným handicapem

Tělesné handicapy často představují dlouhodobé následky somatických poruch, které ovlivňují aktivitu člověka. Pojem tělesného handicapu je velmi specifický, avšak zároveň různorodý, obsáhlý a ne vždy bývá jasně vymezen. Jako příklad můžeme uvést dětskou mozkovou obrnu, která vznikla perinatálním poškozením centrálního nervového systému dítěte a zanechala trvalé celoživotní následky. Člověk s dětskou mozkovou obrnou může mít i s těžkým tělesným handicapem zcela zachované a velmi dobré intelektové schopnosti a vynikající osobnost. Může však přitom mít výrazné mimovolní mimické pohyby a velmi obtížně artikulovat. Jeho možnost komunikace mu tak mohou působit v životních situacích větší obtíže než to, že nemůže chodit, a ve srovnání s člověkem s lehčím mentálním handicapem mohou

představovat větší problém v začlenění do společnosti. Člověk s velmi silnou osobností však může i tuto komplikaci překonat a jeho kvalita života může být na velmi vysoké úrovni.

Pohlížíme-li na tělesný handicap z hlediska možností pracovního uplatnění, pohybujeme se v oblasti aktivity, ale také v oblasti prostředí. K tomu, aby mohl člověk s handicapem pracovat, potřebuje mít možnost uplatnit své dovednosti a schopnosti, účastnit se života ve společnosti. Mnohdy je v tomto směru významnější než rozsah a typ jeho handicapu prostředí, ve kterém žije. Člověk s tělesným handicapem potřebuje prostředí přístupné z hlediska změněných možností pohybu (například používá – li k pohybu elektrický vozík), ale také například prostředí přizpůsobené vzhledem k jeho smyslovým možnostem (prostorová orientace, komunikace), jedná - li se o kombinované handicap.

Velký význam pro možnost pracovního uplatnění mají také kompenzační pomůcky. Ty, stejně tak jako osobní pomoc jiného člověka, mohou umožnit provádění činností, jež jsou ztíženy nebo znemožněny v důsledku handicapu.

Člověk, který bude potřebovat kompenzační pomůcky, bude zpočátku také potřebovat odbornou i praktickou pomoc při výběru a získání pomůcek pro nácvik jejich použití. Zaměstnat člověka s tělesným, ale i jiným handicapem, může pro zaměstnavatele znamenat závazky v oblasti úprav prostředí a možnosti použití pomůcek, v oblasti občasné pomoci (manipulace s výše umístěnými předměty pro vozičkáře) a v oblasti vzájemné tolerance a specifických způsobech komunikace.

Specifika při práci s těmito lidmi je třeba spatřovat zejména v oblastech posuzování, zda jsou služby podporovaného zaměstnávání vhodným nástrojem k naplnění cílů a zjišťování individuálních potřeb klienta a možností, jak s těmito potřebami pracovat a jak je naplnit. O podporované zaměstnávání se může zajímat také člověk s tělesným handicapem, který kromě tohoto handicapu jiné zdravotní omezení nemá. Může to být například člověk po vysoké amputaci dolních končetin z důvodu prodělaného nádorového onemocnění kostí. Po chemoterapii může mít sníženou celkovou tělesnou kondici a používat k pohybu mechanický vozík.

Pro tohoto člověka by na jednu stranu podporované zaměstnávání mohlo být příliš intenzivní službou, která by mohla omezit jeho vlastní samostatnost. Tento člověk si může, například ve spolupráci s ergoterapeutem, najít práci v bezbariérovém prostředí a pokračovat v profesi, kterou před onemocněním vykonával. Může však také nastat situace, že tento člověk po dlouhodobém závažném onemocnění, pobytu v nemocnici, rehabilitačním ústavu a opakované

chemoterapii ztratí své pracovní kontakty, sníží se i jeho sociální kontakty a může dojít k přechodnému snížení sociálních dovedností. Po několika neúspěšných pokusech o získání práce po ztrátě původního místa, na které se nemůže vrátit z důvodu nemožnosti úprav prostředí, nebo pracovní činnosti, se může jako uchazeč úřadu práce dostat do postavení dlouhodobě nezaměstnaného člověka a mohou se snižovat i jeho pracovní dovednosti. Se získáním plného invalidního důchodu se tento původně nezávislý člověk může ocitnout v izolaci a bude-li chtít znovu začít hledat práci, bude to pro něj velmi obtížné. V takovém případě bude na zvážení pracovního konzultanta, na jeho pochopení situace klienta a na tom, jak intenzivní vzájemnou komunikaci s klientem se podaří navázat, zda doporučí rekvalifikaci na úřadu práce, další pobyt v rehabilitačním centru, specializovaný rozvoj sociálních dovedností, nebo zda po vzájemné dohodě může tento člověk zahájit využívání služeb podporovaného zaměstnávání.

Další významnou součástí procesu podporovaného zaměstnávání je pro lidi s tělesným handicapem analýza pracoviště a pracovní činnosti. Při sledování dovedností je nutno brát v úvahu možnost rozvoje dovedností, použití pomůcek a možnosti úprav prostředí i činností. Při práci s člověkem s tělesným handicapem musíme myslet i na to, že orientace v prostředí i sociálních vztazích, stejně jako nácvik pomůcek může vyžadovat delší dobu. V podporovaném zaměstnávání je typické, že s nácvikem potřebných dovedností na pracovišti zpočátku pomáhá asistent. Pracovní činnosti musejí být sestaveny vždy tak, aby byly perspektivní z hlediska klientovy samostatnosti. Člověk, který používá k pohybu elektrický vozík a má omezenou možnost pohybů jemné motoriky, může potřebovat také pomoc v době polední přestávky nebo v osobní hygieně. (*Projekt EQUAL. Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání. Praha: Rytmus, 2005, str. 92 - 97.*)

4.3. Chráněné dílny

Za chráněnou dílnu a chráněné pracoviště jsou považována taková pracoviště provozována právníckými a fyzickými osobami, ve kterých pracuje alespoň 60% osob se změněnou pracovní schopností. Procentní zastoupení zdravotně handicapovaných v chráněných dílnách je stanoveno s ohledem na jejich řádné fungování, kdy určité činnosti zajišťují zaměstnanci bez zdravotního handicapu. Chráněná práce je pracovní činností na vhodně zvoleném nebo upraveném výrobním programu, eventuálně vybrané pracovní náplni, kterou vykonává zaměstnanec s těžším zdravotním handicapem a za zcela mimořádných pracovních

podmínek přizpůsobených jeho fyzickým a psychickým schopnostem na chráněném pracovišti. Soubor více pracovišť přiměřeně upravených k chráněné práci ve vymezeném prostoru nebo samostatném celku tvoří chráněnou dílnu.

Technické úpravy chráněných pracovišť a chráněných dílen se týkají jednak celých zařízení, včetně umístění pracoviště a přístupu k němu, prostorového uspořádání s ohledem na možnost používání kompenzačních pomůcek, invalidních vozíků a úpravy pracovního prostředí. Důležité jsou i individuální úpravy jednotlivých pracovních míst, nástrojů a náradí s přihlédnutím k užívání osobních a pracovních pomůcek.

Dalším požadavkem pro realizaci chráněné práce je individuální přístup k zaměstnancům při znázorňování pracovních postupů, nácviku činnosti, pomoc odborných pracovníků při zdolávání psychických bariér v rámci adaptace na nové pracovní a společenské podmínky a při odstraňování sociálních problémů.

Zřízení chráněné dílny se vyhláší vydáním statutu chráněné dílny, v němž se stanoví, kterým dnem se dílna zřizuje, za jakým účelem a pro jaký okruh zaměstnanců. Náklady na zřízení, vybavení a provoz chráněných dílen hradí zaměstnavatel z vlastních prostředků. Pokud však tyto chráněné dílny a pracoviště zaměstnavatelé zřizují po dohodě s úřadem práce, poskytnou jim na jejich zřízení a provoz příspěvky.

Je třeba zdůraznit, že organizace zdravotně handicapovaných se nespolehají pouze na stát, ale samy vyvíjejí aktivitu ke zlepšení současného stavu. Řada zdravotně handicapovaných získává kvalifikaci ve vzdělávacích kurzech, pro těžce zdravotně handicapované zřizují nestátní organizace stacionáře, praktické školy, speciální školy apod. (VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000, str. 88 - 89).

5. PROBLEMATIKA DOPRAVNÍ OBSLUŽNOSTI A ARCHITEKTONICKÝCH BARIÉR

Bezbariérovost infrastruktury a dopravních řetězců je důležitým faktorem kvality života a hraje klíčovou úlohu pro volbu místa bydliště a pracoviště handicapované části obyvatelstva. Přístupná dopravní infrastruktura je hlavní podmínkou pro zapojení osob se sníženou schopností pohybu a orientace do aktivního života a pro zvýšení jejich ekonomických aktivit. Dostupnost dopravy v obcích i mimo ně je pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace nedostatečná. Připočteme-li k tomu i současný trend vedoucí k omezování dopravních spojů a místy až k útlumu veřejné autobusové a železniční dopravy, dostává se tato skupina obyvatelstva do vážných problémů. Většinová populace řeší problémy s dostupností dopravy přesunem k osobní automobilové dopravě. Osoby se sníženou schopností pohybu a orientace tuto možnost většinou nemají a dochází tak k jejich vyčleňování ze společnosti.

Městskou hromadnou dopravu v ČR zajišťuje 96 měst. Je provozována dopravou autobusovou, tramvajovou, trolejbusovou a v hlavním městě Praze i metrem. Současným trendem ve větších městech, případně v příměstských oblastech velkých aglomeračních center, je zavádění integrovaného dopravního systému hromadné dopravy. Tyto systémy integrují všechny dostupné druhy veřejné dopravy s preferencí kolejové dopravy a současně umožňují i integraci tarifní politiky. Je třeba využít tohoto trendu a už od samého začátku koncipovat tyto systémy tak, aby byla integrovaná doprava přístupná pro všechny skupiny obyvatelstva.

Dalšími kritickými místy jsou bezbariérové přístupy do budov státních a veřejných institucí a služeb. Jedná se převážně o přístupy k úřadům, obchodům, školám, sociálním, zdravotním a rekreačním zařízením. Při zpřístupňování budov je zanedbávána potřeba jejich propojení bezbariérovou pěší trasou či bezbariérovou dopravou v rámci města. Bezbariérový pohyb po městě je třeba řešit v širším pohledu a není možné zaměřit se na realizaci jednotlivých projektů bez jejich vzájemného propojení.

Základním předpisem upravujícím otázky odstraňování architektonických bariér je zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním úřadu. Podrobně najdeme ustanovení ve vyhlášce č.369/2001 Sb., kterou se stanoví obecné technické požadavky zabezpečující užívání

staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. (HUTAŘ, Jan. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené. Praha: Národní rada zdravotně postižených v ČR, 2004, str. 101*).

Česká republika je bohatá na kulturní dědictví. Mnoho jader měst se dochovalo ve své historické struktuře, 250 z nich je chráněno státní památkovou péčí a pět je zapsáno v seznamu UNESCO. Stav stavebních fondů měst, přírodních prvků a veřejných prostranství je dosud často zanedbaný a neumožňuje dostatečný bezbariérový pohyb. Takováto situace snižuje návštěvnost turistů a snižuje turistický potenciál lokalit.

Výše uvedená charakteristika vede k závěru, že existuje potřeba investic do komplexního řešení svobodného pohybu ve městech (obcích) i mimo ně. Počet obyvatel, kteří mají sníženou schopnost pohybu či orientace, a to jak krátkodobě či dlouhodobě, je odhadnut na 1/3 populace České republiky. (*Národní rozvojový program mobility pro všechny. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, str. 5 - 6*).

5.1. Národní rozvojový program mobility pro všechny

Současná situace není pro osoby s tělesným handicapem uspokojivá. Proto Vládní výbor pro zdravotně handicapované občany a Národní rada zdravotně postižených České republiky vyhlásily dne 16. dubna 2002 Program zvyšování bezpečnosti dopravy a jejího zpřístupňování osobám se sníženou schopností pohybu a orientace. V roce 2002 se Vládní výbor pro tělesně handicapované rozhodl změnit název programu na Národní rozvojový program mobility pro všechny.

14. července 2004 se vláda prostřednictvím usnesení vyjádřila k návrhu Vládního plánu financování Národního rozvojového programu mobility pro všechny. Vláda schválila Vládní plán financování Národního rozvojového programu mobility pro všechny a uložila členům vlády a vedoucím ostatních ústředních orgánů zajistit do 1. ledna 2005 průběžné plnění úkolů Vládního plánu s cílem ukončit tento plán do roku 2015. Dále vláda uložila uplatnit při sestavování návrhů státních rozpočtů v letech 2005 až 2015 ve svých rozpočtových kapitolách vyčlenění finančních prostředků na zajištění úkolů Vládního plánu. Vládní plán je neustále novelizován. Poslední novelizace proběhla 26. března 2008 s cílem rozšířit okruh stavebních úprav a došlo též ke změně financování projektů. V neposlední řadě vláda doporučila krajským a místním samosprávám podílet se na tvorbě bezbariérového prostředí podle Národního rozvojového programu mobility pro všechny tam, kde je majetkový podíl.

V rámci Národního rozvojového programu mobility pro všechny by měla být podpořena taková opatření, která povedou ke zvýšení bezpečnosti a zpřístupnění částí města či obce, které jsou za současného stavu jen těžko dosažitelné či zcela nedostupné pro obyvatele s omezenou schopností pohybu a orientace. V návaznosti na tuto základní myšlenku měla do konce roku 2005 předložit obec či město záměr bezbariérové trasy. Záměrem bezbariérové trasy se rozumí návrh komplexního řešení svobodného pohybu ve městě či obci, který má podobu návrhu komplexní bezbariérové trasy. Předkladatelem záměru bezbariérové trasy je zpravidla obec či město. Jeho úkolem je sestavit bezbariérovou trasu v řešeném území a to tak, aby se jednotlivé bezbariérové úpravy vzájemně doplňovaly a vytvořily jeden velký funkční celek.

Při zpracování záměru provede předkladatel analýzu nastávajícího stavu bezbariérových úprav a přístupnost veřejných budov i osobám s omezenou schopností pohybu a orientace.

Způsob financování upravuje Vládní plán financování. Dále bude využíváno finančních prostředků z jednotlivých resortů a příslušných ústředních orgánů. (*Národní rozvojový program mobility pro všechny. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, str. 15*).

Cílem programu mobility pro všechny je svobodný pohyb pro všechny skupiny obyvatelstva. Má ho být dosaženo prostřednictvím specifických cílů: zvýšením kvality a bezbariérovosti dopravních komunikací ve městech, bezbariérovou dostupností služeb veřejné a státní správy, zdravotních a sociálních služeb a pracovních a vzdělávacích příležitostí v rámci města, zlepšením přístupu všech obyvatel k dopravě, zavedením signalizačních a informačních prostředků v dopravě. Dalším cílem je budování bezbariérových tras včetně odpovídajících dopravních prostředků (v městech s městskou hromadnou dopravou). V rámci záměrů zpřístupňování dopravy je třeba klást důraz na propojení jednotlivých institucí a úřadů bezbariérovou dopravou. Velmi důležité je vybudování bezbariérových pěších tras a jejich napojení na dopravní systémy, dále bezbariérové propojení jednotlivých úřadů a institucí ve městě, odpovídající současným a budoucím potřebám, zvýšení zájmu obyvatel o veřejnou dopravu a zvýšení její kvality, zvýšení bezpečnosti provozu a snížení nehodovosti.

Kategorie budov zajišťujících dopravní obslužnost zahrnuje budovy železničních stanic a autobusových nádraží určených pro veřejnost, v nichž jsou poskytovány služby související s přepravou. Cílem je zajištění bezbariérových vstupů do těchto budov a bezbariérový pohyb po budově včetně nástupišť. Pro přidělení dotace je důležité napojení takovýchto budov na

bezbariérové trasy města. (*Národní rozvojový program mobility pro všechny. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, str. 5*).

5.2.Cestování lidí s tělesným handicapem

Možnost cestovat patří pro všechny mezi důležité potřeby současnosti. Cestování tělesně handicapovaných je znesnadněno a dopravní prostředky musí být často přizpůsobeny. Osoby s tělesným handicapem mají možnost cestovat individuální dopravou (vlastní automobil) a veřejnými prostředky (městská hromadná doprava či dálková hromadná doprava).

Ve veřejné dopravě je mnoho bariér, které cestující musí neustále překonávat. V železniční dopravě začínají bariéry již samotným přístupem k nádraží, vstupem do odbavovací haly, nákupem jízdenky, přístupem k vlaku a v neposlední řadě nástupem do vlaku. To celé se opakuje při dojezdu a výstupu z vlaku v cílové stanici. O to těžší je překonávání bariér pro matky s dětmi a s kočárky, pro méně pohyblivé cestující, starší spoluobčany a cestující s jakýmkoliv tělesným handicapem. V současné době je vybaveno mobilní plošinou dvacet tři železničních stanic a v plánu mají České dráhy dalších plošin. České dráhy nabízejí vozíčkářům přepravu ve speciálně upravených vozech a ve vozech a oddílech služebních. Přeprava ve služebním voze musí být projednána s nástupní stanicí a oznámena výchozí stanici včas před nastoupením jízdy. Vozíčkář si sám zajišťuje naložení do vozu a vyložení z vozu. Zaměstnanci ČD dle možností na požádání pomohou. Ve služebním voze či oddíle může cestovat s vozíčkářem jen jedna doprovázející osoba. Také sleva na jízdném se týká jen jedné doprovázející osoby.

Pokud potřebuje vozíčkář pro pohyb v prostoru stanice pomoc železnice nebo požaduje zajištění místa ve vlaku, může své požadavky uplatnit v nástupní stanici třicet až šest dní před zamýšleným odjezdem. A to buď osobně, telefonicky nebo prostřednictvím další osoby. Objednávku lze realizovat i v čase kratším a železnice ji vyřídí dle možností. K přepravě předem objednané i při cestování bez objednávky je třeba, aby se cestující dostavil alespoň třicet minut před odjezdem vlaku a ohlásil se u určeného zaměstnance. České dráhy upozorňují, že na tratích se samoobslužným odbavením cestujících (označeno v jízdním řádu ČD) nelze vzhledem k omezenému počtu pracovníků železnice zpravidla zajistit pomoc při nástupu a výstupu cestujících na vozíku. Při cestách do zahraničí je třeba informovat zahraniční železniční správy. Proto je potřeba přepravu objednat obvyklým způsobem na železniční stanici, kde osoba s handicapem nastoupí.

Ta pak prostřednictvím Ústřední rezervační kanceláře ČD zajistí informování zahraničních železnic. Ty však neuznávají slevy na základě průkazu ZTP/P, a proto je nutné platit mezinárodní jízdné na území cizího státu v plné výši nebo využít obvyklých komerčních nabídek železnic. Tato povinnost se vztahuje i na průvodce zdravotně postiženého.

Relativně bezproblémové by mohlo být cestování v okolí Prahy v takzvaných pantografových jednotkách, které mají nástupní prostor ve výšce 500 mm nad kolejemi (výška podlahy u běžných vozů je asi 1255 mm). U některých je v oddíle upraven prostor pro vozík, šířka dveří do oddílu je 600 - 700 mm podle typu soupravy. Ve vozech není upravené sociální zařízení. S ohledem na bezpečnost se do takové soupravy nastupuje prvními dveřmi vlaku.

Další možnosti přepravy Městskou hromadnou dopravou jsou pomocí tramvají, autobusů nebo metra. Autobusy již nyní jezdí s plošinou nebo nízkopodlažní (možnosti přepravy jsou uvedeny v přílohách stejně tak jako bezbariérové linky tramvají). Od 2. 3. 2009 mohou tělesně handicapovaní Pražané s průkazy ZTP a ZTP/P využívat unikátní typ přepravy, kterou po předchozím objednání zabezpečuje osm mikrobuseů. Systém je hodně podobný taxislužbě. Rozdíl je jen v tom, že se musí mikrobuse objednat tři dny předem. Přepravu zajišťují proškolené posádky, které absolvovaly kurzy zdravotní pomoci. Výhodou také je, že novou službou se zavedla i nová pracovní místa pro lidi se zdravotním handicapem (dispečink apod.). Doprava je zajišťována v pracovních dnech od 7:00 do 19:00 hodin. Dva mikrobuse jezdí dokonce nepřetržitě, tedy i o víkendech. Pro lidi s tělesným handicapem je to jistě velmi výhodná služba. Mohou si tak zařídit veškeré potřebné věci dle individuálních potřeb.

Další možnost cestování do vzdálenějších míst je pomocí letecké dopravy. V oblasti letecké dopravy došlo v rámci EU k významnému posílení a zajištění práv osob se zdravotním postižením přijetím nařízení Evropského parlamentu č. 1107/2006. Dané nařízení ustanovuje pravidla pro ochranu a poskytování pomoci osobám se zdravotním postižením v letecké dopravě. Za tímto účelem je stanoven způsob pomoci ze strany provozovatelů letišť a leteckých dopravců. Pro lepší informovanost o právech a povinnostech vytvořila Evropská komise video s názvem: „Nová práva pro osoby s omezenou schopností pohybu“(toto video naleznete na webových stránkách Národní rady zdravotně postižených ČR, www.nrzp.cz).

Pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí se bude konat ve dnech 20. – 21. 4. 2009 konference s názvem „Evropu bez bariér“. Tato konference je zařazena jako doprovodná akce v souvislosti s předsednictvím naší země v EU. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR

chce dále, i po konferenci diskutovat o podmínkách pohybu osob se zdravotním postižením po členských státech EU.

6. PROBLEMATIKA BYDLENÍ

Jeden z velmi důležitých faktorů, který ovlivňuje existenci osob s tělesným handicapem, je jeho domov a obydlí. Optimální situace nastává, když si člověk může sám rozhodnout o svém životním prostředí včetně obydlí. Mnohem častěji však lidé s různým omezením ze zdravotních důvodů pomoc společnosti při zajištění obydlí potřebují.

Problém lidí s bydlením je velice individuální a je velice těžké najít nejvhodnější bydlení a zařízení bytu.

Problematika vhodného zařízení bytu je ovlivněna mnoha faktory. První z nich je věk člověka. Dalším faktorem je druh handicapu. Je rozdíl při používání berlí a vozíku. Proto v následujících podkapitolách uvedeme bezbariérové řešení při výstavbě či úpravách bytu. Nejdůležitější je vždy praktičnost a takové zařízení bytu, které usnadní pohyb osoby s handicapem.

Nejčastějším problémem než se do samotného bytu vejde, je vstup do domu. Pro vozíčkáře je i překonání několika málo schodů před domem velice obtížné, a bez pomoci téměř nemožné. Nejlepším řešením je nahradit stávající schody rampou. Povrch rampy by měl být z protiskluzového materiálu. Jsou však případy, kdy rampa nemůže být použita, proto je zde několik dalších řešení. Odstranění této bariéry může být pomocí schodišťové plošiny, hydraulického výtahu, v krajním případě schodolezem. Nejlepší řešení vždy vyplývá z dané situace a schopností handicapovaného.

Dalším z řešení, jak zpřístupnit objekt pro osobu na vozíku, je výtah. U výtahu je velice důležité správné umístění ovládacích prvků. Dalším problémem je vstup do bytu. Zde by měl být brán zřetel na manipulační prostor pro osobu na vozíku. U bytu v bytovém domě odpadá většinou zádveří a lidé na vozíku vstupují do předsíně. Zde je kladen důraz na hodně prostoru pro manipulaci s vozíkem, dále na směr dveří a také na ovládací prvky. Ovládacími prvky rozumíme vypínače, zvonky, domácí telefon či zásuvky. Předsíň musí být vybavena vhodným nábytkem a příslušenstvím. (FILIPIOVÁ, Daniela. *Časopis Vozíčkář: Povídání o bydlení IV*. Martin Císař. 2004. vyd. Brno: Liga za práva vozíčkářů, 2004. 24 s).

Za druhou místnost v bytě, která, je nezbytná pro každou osobu na vozíku můžeme považovat kuchyň. Tak, jako u všech místností, i zde se musí vycházet z potřeb vozíčkáře. V dnešní době již existuje typ kuchyně s nastavitelnou výškou pracovní plochy a závěsných

skříněk. Ovšem toto výškové nastavení je již nastálo. Při navrhování kuchyně je nejlepším řešením tvar písmene „L“ nebo ještě lépe tvar písmena „U“.

Při navrhování umístění jednotlivých zařizovacích předmětů kuchyně je nutné pečlivě probrat postup práce v kuchyni. Důležité je dbát na výšku pracovní desky, šíři pracovní plochy, umístění skříněk a opět na vhodné umístění ovládacích prvků. Při zařizování kuchyně je důležité neopomenout pomůcky, které mohou pomoci při vlastní práci v kuchyni. (FILIPIOVÁ, Daniela. *Časopis Vozíčkář: Povídání o bydlení III. Martin Císař. 2004. vyd. Brno: Liga za práva vozíčkářů, 2004. 24 s.*)

Nedílnou součástí každého bytu je obývací pokoj. Vzhledem k víceúčelovosti této místnosti není vůbec jednoduché její vybavení nábytkem. Pro vozíčkáře je ideální relaxační křeslo s měkkým čalouněním, vhodným opěradlem, podnožkou. Masivní pohovky pouze zabírají místo a vozíčkáři nemohou sloužit.

Další vybavení nábytkem musí být konzultováno s vozíčkářem, s jeho potřebami a výškou. Ve všech místnostech je velice důležité vybrat vhodnou podlahovou krytinu. Vozíčkář se nemusí vzdát koberce, pokud bude položen po celé ploše pokoje.

Ložnice patří mezi místnosti, kde trávíme hodně času. Zde je důležité umístění a výška postele. U těch lidí, kde při přesezení z vozíku na lůžko je třeba použít zvedací zařízení, či je potřeba prostor pro asistenta, je nutno počítat s větším manipulačním prostorem. Základem správného lůžka je rošt s polohovacím zařízením a vhodný výběr matrace. (FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér. Praha: Grada, 1998, str. 68 - 69.*)

Poslední nezbytnou místností je koupelna a toaleta. Při řešení bytu je vhodné umístit v návaznosti na ložnici koupelnu a toaletu. Tyto místnosti jsou velmi náročné na prostor a vybavení. Pečlivost při zařizování sociálního zařízení je důležitá z hlediska nezávislosti a samostatnosti osoby s handicapem. Nutné a praktické je spojit toaletu s koupelnou. Na toaletě je důležité vhodné usazení záchodové mísy, která musí být vybavena po stranách sklopnými madly. V dosahu mísy musí být rovněž držák na toaletní papír. Součástí vybavení je také umyvadlo. Správně zvolený typ a výška umyvadla jsou nezbytné. V koupelnách při rekonstrukcích malých bytů se většinou projektuje sprchový kout. Důležitá je protiskluzová úprava, napevno umístěné sedátko a vhodné umístění poliček na hygienické předměty. Pokud má být koupelna vybavená vanou, je nutné madlo a dostatečný prostor před vanou. Velmi dobrou pomůckou může být zvedací zařízení.

Závěrem je třeba říci, že při všech těchto úvahách o zařízení by se mělo dbát i na estetično a přívětivost bytu, který by neměl připomínat nemocniční zařízení. Handicapované osoby mají také estetické cítění a potřebu cítit se ve svém prostředí dobře, jako každý jiný člověk. (*FILIPIOVÁ, Daniela. Život bez bariér. Praha: Grada, 1998, str. 90 - 93*).

7. VOLNÝ ČAS, SPORT A KULTURA JAKO NÁSTROJ REHABILITACE

Trávení volného času je velice důležitá relaxace a zároveň i rehabilitace pro zdravé lidi a v mnohem větší míře pro lidi s tělesným handicapem. Ucelená rehabilitace má umožnit lidem s tělesným handicapem kvalitní využívání volného času podle svých zájmů.

J. Votava vychází z několika faktů, které se týkají oblasti volného času:

- lidé s tělesným handicapem se i při aktivitách volného času často setkávají s řadou bariér a často zvláště v dřívější době neměli dost příležitostí se seznámit s aktivitami, které jsou pro řadu zdravých lidí běžné,
- handicapovaní lidé často potřebují podstatně více času a úsilí k tomu, aby si zajistili základní životní činnosti (soběstačnost, chůze či jízda na vozíku). Program volného času často kompenzuje toto každodenní vyčerpávající úsilí,
- někteří lidé s tělesným handicapem nemohou nebo nemají příležitost pracovat, a proto mají dost volného času, který by mohli smysluplně využívat. Není to ovšem obecné pravidlo. Někteří mají tak bohatý program, že sotva stíhají volnočasové aktivity,
- možnost kvalitně využívat volný čas je současně prevencí patologických jevů, tedy pasivity, případně alkoholismu a jiných negativních návyků,
- řada aktivit volného času vede k rozvoji osobnosti u lidí s tělesným handicapem.(VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2005, str. 97 - 98).*

Volný čas lidé s tělesným handicapem mohou trávit různými činnostmi. Velmi oblíbené je cestování, ať už individuální či skupinové. Při cestování je velmi důležité dbát nejenom na pohodlné cestování, ale také na vhodný ubytovací komplex s vhodným příslušenstvím pro vozíčkáře. Oblíbené jsou také tvůrčí činnosti, mezi které řadíme: výtvarné techniky, keramiku, výrobu proutěných dekorací, drátkování, vyšívání, pletení či vazby suchých květín. Dále můžeme zařadit do oblíbených koníčků fotografování, filmování a provozování hudby. Existuje sdružení malířů, malujících ústy či nohama. Nesmíme zapomenout ani na specifické terapie, ke kterým patří: muzikoterapie (terapie hudbou), ergoterapie (pracovní terapie), arteterapie (terapie pomocí výtvarné činnosti), canisterapie (terapie prostřednictvím zvířete) a pro děti s tělesným handicapem i hippoterapie (terapie, která spočívá v jízdě na koni). Při trávení volného času jsou

nezbytní specializovaní pracovníci, například osobní asistenti, rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti, pedagogové volného času, sociální pedagogové či dobrovolníci.

• **Tělesně handicapovaní a sport**

Význam sportu pro tělesně handicapované je mnohostranný a mohou jej provádět několika způsoby. Jde o další způsob vyplnění volného času, a to způsobem, při němž se udržuje tělesná kondice, provádí nácvik obratnosti a nových dovedností. Lidé s tělesným handicapem mají možnost pobytu v přírodě, nebo naopak se dostávají do společnosti osob s podobnými zájmy a blízkého věku.

Ve sportu jsou obvykle dosahovány měřitelné výsledky a sportovec se může srovnávat s lidmi s podobným handicapem. Sport je nedílnou součástí moderního života a handicapovaný sportovec se touto cestou může přiblížit či vyrovnat zdravým lidem.

Votava uvádí, že terapie sportem je pojem, užívaný například na německých rehabilitačních pracovištích, kde sportovní činnost a soutěživé hry přizpůsobené míře a typu handicapu jsou součástí celkového rehabilitačního programu. Tento terapeutický prostředek má za cíl zlepšování kondice, nácvik obratnosti a dosahování pozitivního psychologického účinku v průběhu rehabilitačního procesu. (*VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2005, str. 90*).

Další možností je rekreační sport, který provádí člověk s tělesným handicapem již mimo program léčebné rehabilitace, a to zcela individuálně, anebo ve skupině či v rehabilitačním zařízení. Rekreační sport může tělesně handicapovaný jedinec pěstovat společně se zdravými lidmi. Poslední možností je organizovaný soutěžní sport, který má charakter soutěží a přípravy na ně. Výhoda tohoto sporu spočívá v často větší motivaci a obvykle v soustavném dozoru trenéra a sportovního lékaře. Opět tu bývá příležitost setkávat se s lidmi obdobně handicapovanými, kteří ve sportu nacházejí podobné zájmy.

Existují mezinárodní organizace, které se přímo zabývají sportem pro zdravotně handicapované osoby. Je to Mezinárodní organizace sportu zdravotně postižených a Mezinárodní paralympijský výbor, který se řídí mezinárodním právem. V České republice se organizace sportu a tělovýchovy zdravotně handicapovaných formovala v souladu s mezinárodním uspořádáním. Prostřednictvím svazů zajišťuje Unie zdravotně postižených sportovců České republiky soutěže ve 26 druzích sportovních aktivit. Počet provozovaných sportů trvale stoupá v závislosti na

rozvoji mezinárodního sportu zdravotně handicapovaných. Mezinárodní paralympijský výbor dále pořádá v pravidelných čtyřletých intervalech shodných s intervalem Olympijských her letní a zimní Paralympijské hry. Poslední Olympijské hry se konaly loni v létě v Pekingu. I na těchto Olympijských hrách měla velmi úspěšné zastoupení Česká republika.

Nejvíce modifikovány jsou sporty pro osoby po poranění míchy. Mezi tyto sporty je zařazován: basketbal vozíčkářů, tenis, rugby, šerm, volejbal či atletika. Atletika se na vozíku pěstuje v těchto kategoriích: hod kuželkou, diskem, oštěpem a vrh koulí. Namísto běhu jsou zařazeny jízdy na vozíku. Dalšími disciplínami jsou vzpírání, střelby, stolní tenis, plavání. Ze zimních sportů se pěstuje jízda na saních, sjezd a hokej.

• **Tělesně handicapovaní a kultura**

Kulturní aktivity zdravotně handicapovaných jsou mimořádně významnou formou terapie. Téměř pro všechny typy handicapu lze totiž najít takové formy kulturních aktivit, při kterých nejsou oproti ostatním podstatně znevýhodněni a mohou dokonce přispět k rozvoji kulturní úrovně celé země.

V grantovém řízení Ministerstva kultury jsou každoročně podporovány kulturní akce organizací zdravotně handicapovaných občanů a jejich kulturní a umělecké aktivity, a tím jsou pozitivně ovlivňovány postoje veřejnosti k handicapovaným lidem a jejich schopnostem.

Řada organizací umožňuje pro lidi s průkazem ZTP/P přednostně získat lístky na žádané koncerty, výstavy či divadelní představení. Dále pro lidi s průkazem ZTP a ZTP/P je možnost získat padesáti procentní slevu na všechny kulturní akce. V přílohách uvádím bezbariérová místa po Praze pro využití volného času.

8. KOMUNIKACE A PSYCHICKÉ BARIÉRY

Psychické bariéry vnímá člověk s handicapem mnohem intenzivněji než člověk bez handicapu. Zdravý člověk se mnohdy osobě s handicapem vyhýbá. Důvody mohou být různé. Jsou lidé, kteří nevědí, jak s handicapovanou osobou komunikovat, jak jí pomoci. Někteří lidé mají jakýsi zvláštní pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je více či méně bezmocný. Zdraví lidé často nevědí, jaké zdravotní komplikace handicap přináší a do jaké míry je osoba pohybující se na vozíku schopna komunikace. Osoba s handicapem se cítí být vyřazena ze společnosti do té míry, jak se k ní chová její okolí. Přítomnost fyzických bariér situaci ještě zhoršuje. Navíc velkým psychickým problémem je vyrovnání se změněnou životní situací. Zejména, došlo – li k náhlé změně životní situace pro neočekávanou těžkou nemoc či úraz. Problém narůstá přímo úměrně s věkem. Starší lidé jsou již méně přizpůsobiví a navíc tělesný handicap přináší větší nároky na fyzickou kondici při běžných denních činnostech.

Jak tuto situaci řešit? Více či méně může svým přístupem pomoci každý. Třeba tím, že si uvědomí, že již zítra může být i jeho život zcela jiný, a že osoba s handicapem se od člověka zdravého liší jen na první pohled. Výrazně by měli po psychické stránce pomoci lidem s handicapem zejména pracovníci ve zdravotnictví, kde handicapovaní tráví hodně času. Pracovníci ve zdravotnictví jsou první, se kterými člověk po úrazu nebo v době nemoci přijde do styku. Právě oni jsou na cestě zpětné integrace handicapovaného do společnosti velmi důležití. Dnes je realita taková, že pobyt pro handicapovaného v nemocnici je spíše trestem než pomocí. Každý vozíčkář se doslova bojí i krátkodobého pobytu v nemoci, obzvlášť má – li negativní zkušenosti s nemocničním zařízením. V absolutní většině těchto zařízení neexistuje vhodné sociální vybavení přizpůsobené lidem na vozíku. Největším problémem mnohdy je, že samotní zdravotníci, neví, jaké má osoba s handicapem potřeby a jak jí mohou pomoci. Ale problém s komunikací najdeme i v sociální oblasti, zejména ve všech oblastech veřejné správy. Proto bylo i cílem Národní rady zdravotně postižených ČR vytvořit s podporou Evropského sociálního fondu brožuru „Desatero pro lepší komunikaci“ pro pracovníky veřejné správy. V této brožuře najdeme informace, jak s lidmi se zdravotním postižením komunikovat. Forma brožury je jistě dobrá pomůcka, ovšem v rámci spolupráce s EU by měli zaměstnanci veřejné správy projít ještě

100 hodinovým školením. Národní rada v této brožuře uvádí i desatero komunikace s osobami s pohybovým postižením:

1. Pracovníci orgánů veřejné správy hovoří zásadně s osobami s pohybovým postižením přímo a nikoliv s jeho případným doprovodem.
2. Při nezbytné fyzické pomoci – například při usazení do křesla apod. se necháváme vést osobou s tělesným postižením, která přesně ví, jakým způsobem jí můžeme pomoci.
3. Dbáme na to, aby měl klient s pohybovým postižením ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.
4. Pracoviště veřejné správy určené ke komunikaci s osobami s pohybovým postižením musí být vhodně vybaveno – pevné židle, protiskluzový povrch atd.
5. Při jednání, které zahrnuje návštěvu více pracovišť úřadu, se snažíme soustředit agendu na jedno místo, aby se klient s pohybovým postižením vyhnul namáhavému přecházení z jedné kanceláře do druhé, popřípadě do druhé budovy.
6. Pracoviště veřejné správy musí být maximálně přizpůsobeno pohybu osob na vozíku. Důsledně dbáme na zpřístupnění pracovišť určeným ke komunikaci s klienty.
7. Při jednání s klientem dbáme na vhodné prostředí, které umožní bezproblémové jednání s klientem – nevhodné jsou vysoké přepážky, nezbytnost stání při jednání apod.
8. V případě, že klient není schopen v důsledku svého postižení podepsat, zásadně nepřipustíme podpis jiné osoby bez plné moci. Snažíme se, aby se klient podepsal sám za asistence druhé osoby.
9. Veškeré další úřední úkony konáme tak, aby co nejméně zatížily osobu s tělesným handicapem.
10. Zvláště při dlouhých jednáních dbáme na časový prostor pro použití WC, které musí být bezbariérové. *(Desatero pro lepší komunikaci: pracovníků veřejné správy s osobami se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2008, str. 8).*

- **Komunikace při pracovním procesu**

Jak již bylo výše uvedeno, tělesné a kombinované handicapy spolu úzce souvisí a zahrnují širokou škálu změněných možností účastnit se života ve společnosti.

V oblasti komunikace se může jednat o změny v oblasti vnímání a prožívání, odlišné způsoby gestikulace a změněná artikulace. I samotný způsob pohybu vozíčkářů představuje určitý nárok na adaptaci spolupracovníků. Vzájemná adaptace a přijetí tohoto člověka spolupracovníky může proběhnout různým tempem. Je důležité, aby si spolupracovníci na přítomnost člověka s handicapem zvykli. Vzájemná adaptace a přijetí tohoto člověka spolupracovníky však může proběhnout rychleji a je možné se vyvarovat nepříjemných situací, když bude konzultant s klientem a spolupracovníky v této oblasti cíleně pracovat. Užitečnou roli v tomto procesu může sehrát asistent, který postupně svou pomoc omezuje a jde příkladem spolupracovníkům ve způsobech komunikace.

Nerušný anebo alespoň uspokojivý průběh komunikativního procesu je podmínkou jak pro výměnu informací, osvojování poznatků a dovedností, společnou činnost, tak pro uspořádávání mezilidských vztahů. Komunikace je součástí všech kulturních procesů. Možnost komunikace je jednou ze základních potřeb člověka. Bez uspokojivých komunikativních dovedností je člověk izolován.

Handicapované osoby jsou často i takto znevýhodněny a nemohou si vybudovat tak rozsáhlou komunikativní síť jako lidé bez handicapu. Komunikativní znevýhodnění je někdy způsobeno již tím, že lidi bez handicapu nejsou se zvláštnostmi v řeči handicapovaného obeznámeni a obzvláště u tělesných handicapů ani k žádným zvláštnostem v řeči a v komunikaci nemusí docházet. A právě toto si řada lidí neuvědomuje. (*Projekt EQUAL. Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání. Praha: Rytmus, 2005, str. 93 – 94*).

- **Integrace jako cíl rehabilitace handicapovaných osob**

V současné době se hodně mluví o integraci a zviditelňování osob se zdravotním handicapem. Integrace do společnosti patří k základním podmínkám rozvoje osobnosti. Nejlepší cesta, jak odstranit psychické bariéry je poskytnout lidem s tělesným handicapem příležitost vést pokud možno samostatný život bez závislosti na jiných. To znamená poskytnout jim takové individuální zdroje a sociální služby umožňující přístup ke stejným sociálním, politickým a kulturním příležitostem jako občanům bez handicapu.

J. Jesenský definuje integraci jako „stav soužití handicapovaných a nehandicapovaných při přijatelné míře konfliktnosti.“. (JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995, str. 57). Opakem integrace je segregace. Segregace je odloučení handicapovaných, které je často provázené hlubokými konflikty.

Integrace se týká jednak vlastní osobnosti handicapovaného a jednak jeho socializace i pracovního uplatnění. Hlavními prostředky integrace jsou sociální rehabilitace, speciální výchova a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění. Integrace některých skupin handicapovaných výrazně podporují rehabilitační, kompenzační a reedukační pomůcky.

9. SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Systém sociálních služeb v České republice je upraven zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006, kterou provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sociální služby nabízí pomoc a podporu lidem v nepříznivé sociální situaci ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti a současně posiluje schopnost sociálního začleňování každého člověka do společnosti. Zákon o sociálních službách nabízí následující zásadní nástroje:

- každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství
- nabízí mnoho sociálních služeb, ze kterých si člověk může vybrat dle jeho individuálních preferencí
- lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby je poskytována sociální dávka – příspěvek na péči
- zákon garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální (proto zavedla zavádění standardů kvality sociálních služeb) a přizpůsobené potřebám lidí
- zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji.

Sociální služby můžeme dle zákona charakterizovat jako souhrn odborných činností, které pomáhají člověku řešit nepříznivou sociální situaci. Existuje široká škála sociálních služeb. Tyto služby jsou členěny do třech základních oblastí:

- sociální poradenství – obvykle je specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech sociálních služeb
- služby sociální péče – zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby
- služby sociální prevence – slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy negativními jevy.

Sociální služby můžeme dále členit také podle místa jejich poskytování:

- terénní služby – jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije (domácnost, místo výkonu zaměstnání, místo kde tráví volný čas apod.). Příkladem může být osobní asistence či pečovatelská služby
- ambulantní služby – člověk dochází do specializovaného zařízení (poradna, denní stacionář, kontaktní centra)
- pobytové služby – jedná se o zařízení, kde jsou služby poskytovány v určitém období života pobytovou formou (domovy pro seniory, pro zdravotně postižené, chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením).

9.1. Služby pro lidi s postižením

Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) definuje dvě kategorie ústavních zařízení. Jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. Novým trendem v našich ústavních zařízeních je zavádění tzv. aktivizačních programů, které by na rozdíl od minulosti neměly být organizováním aktivit pro obyvatele jen podle představ personálu, ale měly by být propojeny s individuálními plány péče.

Lidé s postižením mohou využít služeb chráněného bydlení. Jedná se o zařízení mimo ústavní péči. Jde o pobytovou službu, která vedle ubytování a stravování zajišťuje i pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech. Další u nás rozvinutá služba jsou denní, případně týdenní stacionáře. Vedle výchovných, vzdělávacích aktivit nabízí i aktivizační programy. Lidem žijícím ve vlastních domácnostech je poskytována služba, kterou nová legislativa nazývá jako podporu samostatného bydlení. Spočívá v pomoci při zajištění chodu domácnosti a v pomoci v dalších aktivitách. Zdravotně postižení mohou využívat i centra denních služeb, jež poskytují pomoc při hygieně, stravování a další výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Pečovatelská služba je uživatelům poskytována ve vlastních domácnostech. Jedná se o nejrozšířenější neústavní službu v České republice. Zřizovateli jsou obce a kraje. Hlavní poskytované služby spočívají při pomoci s hygienou, oblékáním, donáškou oběda, nákupy, pochůzky, praní drobného prádla, příprava jídla. Dalším typem služeb jsou odlehčovací služby (neboli respitní péče). Postižený člověk dostane v domácím prostředí k dispozici pečovatele a pečující osoby z rodiny

tak mohou na nějakou dobu přestat o postiženého pečovat. Tato služba umožňuje snížit pečovatelskou zátěž členů rodiny. Dále mohou zdravotně handicapovaní využít průvodcovské a předčitatelské služby. Tuto službu využívají lidé, kteří mají v důsledku zdravotního handicapu sníženou schopnost komunikace a orientace. Osobní asistence je služba, kterou rozvinuly po roce 1989 neziskové organizace. Asistenti pomáhají lidem s postižením v běžných denních činnostech. Osobní asistence může být kombinována i s jiným typem služeb (například podporované bydlení). Sociálně terapeutické dílny je podle zákona o sociálních službách název pro službu, která se až dosud nazývala chráněné dílny. Ta je určena lidem, kteří se nemohou uplatnit na otevřeném trhu práce. Podporované zaměstnávání je služba, kterou nová legislativa zahrnuje po titul sociálně aktivizační služby (více informací viz. kapitola o zaměstnávání, podkapitola podporované bydlení). Svépomocné skupiny jsou významným druhem podpory, obvykle se zaměřují na psychickou pomoc při zpracování sociálních a jiných důsledků postižení. Tyto skupiny v některých případech mohou i prosazovat zájmy postižených lidí vůči jiným subjektům. V některých krajích jsou jako nestátní organizace zřizována poradenská centra pro zdravotně postižené. Poskytují základní poradenství. (MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby. Praha: Portál, 2007, str. 96 - 99*).

V přílohách nalezneme organizace na území Prahy, které se zabývají problematikou lidí s tělesným handicapem (státní, nestátní i církevní).

9.2.Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Občanům starším jednoho roku s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním handicapem, který omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, jsou podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. poskytovány tzv. mimořádné výhody. Stupeň těchto výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod. O přiznání mimořádných výhod je třeba požádat na sociálním odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Úřad nechá posoudit zdravotní stav žadatele posudkovým lékařem a na jeho základě rozhodne o udělení výhod. Konkrétní zdravotní indikace rozhodující o přiznaném stupni výhod jsou uvedeny v příloze č. 2 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb.

Zákon určuje tři stupně mimořádných výhod: I. stupeň – průkaz TP - tento průkaz je určen pro osoby s těžkým handicapem. Tento stupeň zaručuje nárok na vyhrazené místo k sezení

ve veřejných dopravních prostředcích a nárok na přednost při osobním projednávání věci. II. stupeň – průkaz ZTP - tento průkaz náleží zvláště těžce handicapovaným občanům. Držitelé těchto průkazů mají výhody I. stupně, k tomu nárok na bezplatnou dopravu městskou hromadnou dopravou, nárok na slevu ve výši 75 % jízdného ve 2. třídě vlaku ve vnitrostátní dopravě a na slevu ve výši 75% ve spojích vnitrostátní autobusové dopravy. III: stupeň – průkaz ZTP/P - tento průkaz obdrží zvláště handicapovaní občané s potřebou průvodce. Mimořádné výhody tohoto stupně zahrnují výhody I. a II. stupně, nárok na bezplatnou přepravu průvodce veřejnými hromadnými prostředky v místní i dálkové dopravě.

Držitelům mimořádných výhod II. a III. stupně může být poskytnuta 50% sleva vstupného na kulturní a sportovní akce. To záleží na provozovateli příslušného sportovního nebo kulturního zařízení. Úřady s rozšířenou působností občanům se ZTP nebo ZTP/P vydávají označení na motorová vozidla. Podle zákona č. 361/2000Sb., o provozu na pozemních komunikacích je toto označení opravňuje parkovat s autem na místech, kde je parkování zakázáno, pokud tím nedojde k ohrožení bezpečnosti a plynulosti provozu.

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají zejména v těchto případech handicapu:

- a) ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné funkční omezení horní končetiny,
- b) anatomická ztráta jedné dolní končetiny od kloubu Lisfranka výše,
- c) podstatné funkční omezení jedné dolní končetiny (například na podkladě těžké parézy),
- d) zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- e) zlomenina kosti holenní,
- f) ztuhlost kolenního nebo kyčelního kloubu,
- g) stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo holenního kloubu s dobrou nebo mírně porušenou funkcí operované končetiny,
- h) postižení cév dolní končetiny s těžkými trofickými změnami a se závažnou poruchou krevního oběhu, případně varikózní komplex obou dolních končetin s obdobným handicapem,
- i) záchvatová onemocnění spojená se ztrátou vědomí dostavující se alespoň několikrát měsíčně.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají zejména v těchto případech handicapu:

- a) vrozené nebo získané vady odpovídající stavům po amputaci v obou bércích nebo v kolenním kloubu a výše,
- b) funkční ztráta jedné končetiny, například na podkladě úplného ochrnutí (plegie) jedné končetiny,
- c) současné amputační ztráty podstatných částí jedné dolní a horní končetiny,
- d) těžší funkční významné parézy obou končetin,
- e) pakloub stehenní kosti,
- f) stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny,
- g) stavy po úrazech nebo nemocech páteře s následnými těžkými poruchami hybnosti,
- h) těžké obliterace tepen dolních končetin s výrazným funkčním a trofickým handicapem,
- i) těžké kyfoskopiozy spojené s kardiopulmonální nedostatečností,
- j) vady a nemoci srdce s prokázanou chronickou oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě,
- k) objektivně prokázaná dechová nedostatečnost těžkého stupně,
- l) pokročilá stadia Bechtěrevovy nemoci,
- m) úplná nebo praktická hluchota,
- n) chronické vady a nemoci interního charakteru trvale značně ztěžující pohybovou schopnost.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznává zejména v těchto případech handicapu:

- a) anatomická nebo funkční ztráta obou končetin,
- b) současné ztuhnutí páteře i velkých kloubů v konečném stádiu Bechtěrevovy nemoci,
- c) závažný mentální handicap stupně imbecility nebo idiocie,
- d) úplná nebo praktická slepota obou očí,
- e) úplná nebo praktická hluchota u dětí do skončení docházky do základní školy,
- f) trvalé nebo dlouhodobé těžké multiorgánové selhávání, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti občana.

9.3. Příspěvky pro tělesně handicapované občany:

Problematicku příspěvků upravuje vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb. Některé příspěvky jsou vázány na přiznání mimořádných výhod a některé jsou pro občany s těžkým handicapem nosného nebo pohybového ústrojí.

- **Jednorázové peněžité dávky - § 32**

Příspěvek pro těžce zdravotně handicapované a staré občany, kteří jsou sociálně potřební. Příspěvek na úhradu mimořádných nutných nákladů, které nemohou uhradit z běžných příjmů. Příspěvek poskytují obce.

- **Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek - § 33**

Pomůcky by měly kompenzovat následky handicapu. Tento příspěvek je určen pro tělesně handicapované občany a podmínkou je, že pomůcku plně nehradí ani nezapůjčuje příslušná zdravotní pojišťovna. Žádá se o ni na sociálním odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Sociální odbor může přispět i na pomůcku, kterou zde neuvádím, pokud ji bude považovat za srovnatelnou. Vždy se vyplatí zeptat se na možnost příspěvku. Jedná se o tyto pomůcky:

100% z ceny – polohovací zařízení do postele, přenosné WC, přenosná rampa pro vozíčkáře, zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu, zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu, individuální úpravy automobilu, šikmá schodišťová plošina, nájezdové plošiny pro vozíčkáře.

80% z ceny – signalizační pomůcka Sym- Blick.

50% z ceny – obracecí postel, vodní zvedák do vany, psací stroj se speciálními klávesami, motorový vozík pro invalidy, židle na elektrický pohon, dvoukolo, koupací lůžko.

- **Příspěvek na úpravu bytu - § 34**

Jedná se o jeden z nejvíce využívaných příspěvků. Úprava bytu bývá klíčovým problémem. Při pořizování bydlení asi nikdo nemyslí na to, aby bylo možné se v bytě pohybovat na invalidním vozíku. Zejména panelové byty jsou velmi náročné na tyto úpravy. Příspěvek se používá i na úpravu přístupu do bytu nebo do domu. O příspěvek mohou žádat rodiče nezaopatřeného od 3 let věku dítěte, které má těžkou vadu pohybového ústrojí nebo je nevidomé.

O příspěvek mohou požádat občané s těžkými vadami nosného či pohybového ústrojí. Žádá se o tento příspěvek na obecním úřadě s rozšířenou působností a je třeba mít zpracovaný projekt od stavební firmy a vyčísleny předpokládané náklady. Příspěvek se poskytuje až do výše 70% nákladů, maximálně však 50.000,- Kč. Částku 100.000,- Kč je možné přiznat na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je nainstalován z důvodu, že nelze použít šikmou plošinu.

Podle zákona se za úpravu bytu považuje zejména:

- a) úprava přístupu do domu, garáže, k výtahu včetně schodů, k oknům a na balkón
- b) úprava povrchu podlahy, ovládacích prvků domovní a bytové elektroinstalace, kuchyňské linky, popřípadě dalšího nábytku
- c) rozšíření a úprava dveří
- d) odstranění prahů
- e) přizpůsobení koupelny a záchodu včetně vybavení vhodným sanitárním zařízením a lehce ovladatelnými bateriemi
- f) instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace
- g) zavedení vhodného vytápění
- h) vybudování telefonního vedení
- i) stavební úpravy spojené s instalací výtahu

• Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla - § 35

Jedná se o další klíčový příspěvek pro tělesně handicapované osoby. Tento příspěvek je opět určen pro občany s těžkými vadami nosného a pohybového ústrojí. Příspěvek poskytují obecní úřady obce s rozšířenou působností. Na výši příspěvku mají vliv i majetkové poměry žadatele. Maximální výše na koupi vozidla činí 100.000,- Kč. Místo příspěvku na zakoupení vozidla může být poskytnut příspěvek na celkovou opravu staršího vozidla v maximální výši 60.000,- Kč. Těm, kteří kvůli handicapu potřebují zvláštní úpravy (ruční řízení či otočné sedadlo) je poskytnut příspěvek v plné výši takové úpravy. O příspěvek se může žádat jednou za pět let. Součet příspěvků nesmí v období deseti let přesáhnout částku 200.000,- Kč. Pokud občan přestane být vlastníkem auta, na jehož koupi mu byl příspěvek přidělen, před uplynutím pětileté lhůty, musí vrátit jeho poměrnou část. S tím souvisí nutnost zakoupené vozidlo pojistit, neboť

v případě odcizení vozidla se občan ocitá bez dopravního prostředku a ještě musí vrátet poměrnou část příspěvku. S příspěvkem souvisí i daňová úleva – občan může při koupi auta s příspěvkem zažádat na finančním úřadě o vrácení DPH. Tuto záležitost upravuje zákon č. 235/2004 Sb., § 85. O vrácení daně je třeba požádat do šesti měsíců od zakoupení auta. Při nákupu ojetého vozidla v bazaru je nutné se dopředu informovat, zda je prodejce plátcem daně a kolik činí daň u vybraného auta. Může se stát, že její výše nebude 19% jako u nového auta, ale pouze 5%.

- **Příspěvek na provoz motorového vozidla - §36**

Tento příspěvek je podmíněn tím, aby občan byl držitelem průkazky mimořádných výhod II. nebo III. stupně a vlastníkem nebo spoluvlastníkem motorového vozidla. Příspěvek se poskytuje na jeden kalendářní rok. Žádá se o něj na obci s rozšířenou působností. V tomto příspěvku je zahrnut příspěvek na benzin, pojištění a na povinné ručení. Výše příspěvku závisí i na tom, jestli se jedná o jednostopé vozidla nebo dvoustopé. Poživatelé výhod průkazky ZTP obdrží 4.200,- Kč u jednostopého vozidla a 9.990,- Kč u ostatních vozidel. Držitelé průkazky ZTP/P mají nárok na 2.300,- Kč u jednostopého vozidla a 6.000,- Kč u dvoustopého. U občanů, kteří ze závažných důvodů (zdravotnická zařízení, doprava do školy) ujedou více než 9000 km ročně se poskytuje navíc příspěvek ve výši 400,- Kč u III. stupně a 200,- Kč u druhého stupně.

- **Příspěvek na individuální dopravu:**

Příspěvek na individuální dopravu může žádat občan s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí. Podmínkou je, že žádající občan nesmí být vlastníkem motorového vozidla. Příspěvek poskytují na jeden kalendářní rok obecní úřady až do výše 6.500,- Kč.

Příspěvek se poskytuje i rodičům nezaopatřeného dítěte léčeného na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem či hemoblastózou, pokud nejsou vlastníky auta a nepobírají příspěvek na provoz.

- **Příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles – 182/1991 Sb., §39**

Příspěvek je určen pro těžce zdravotně handicapované občany. Výše příspěvku může dosáhnout až 3.000,- Kč ročně na topnou naftu a 2.500,- Kč na zakoupení topných těles. Příspěvek poskytují obce.

- **Příspěvek na zřízení a změnu připojení telefonní stanice – §40**

Tento příspěvek je vázán na přiznání výhod II. stupně nebo na pobírání zvýšeného důchodu pro bezmocnost. Příspěvek činí až 1.000,- Kč a žádá se o něj u obce.

- **Příspěvek na zvýšené životní náklady (tzv. ošatné) - §42**

Je poskytován pověřenými obecními úřady občanům používajícím trvale ortopedické či kompenzační pomůcky na zvýšené výdaje související s tímto používáním až do částky 200,- Kč měsíčně.

- **Příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice - §43**

Příspěvek pro sociálně potřebné těžce postižené občany. Výše příspěvku může být poskytnuta až do plné úhrady základní měsíční sazby za používání telefonní stanice. O tento příspěvek se žádá na pověřených obecních úřadech. Nyní je díky změně v zákoně o elektronických komunikacích možnost využít slev u telefonních operátorů (§44).

- **Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže - §45**

Je poskytován občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, kteří užívají bezbariérový byt, ve výši rozdílu mezi běžným nájmem a nájemným bezbariérového bytu ve výši 400,- Kč měsíčně. O tyto příspěvky je nutné si zažádat u pověřených obecních úřadů.

- **Bezüročné půjčky - § 57**

Obce s rozšířenou působností mohou poskytnout občanům, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci bezúročnou půjčku do výše 20.000,- Kč. Občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí může být poskytnuta půjčka na zakoupení motorového vozidla až do výše 40.000,- Kč.

Na závěr kapitoly bych chtěla zmínit problematiku zákona o důchodovém pojištění (to se týká ze značné části i lidí se zdravotním handicapem). Od 1. 1. 2010 nastane zásadní změna v posuzování výše invalidity. Zákon č. 155/1995 Sb., který je nyní v platnosti bude změněn. Zásadní změny se týkají zejména posuzování invalidity ve třech stupních (ne jako nyní na částečnou invaliditu a plnou invaliditu). Dále se budou zkoumat mimořádné podmínky pouze u invalidity nad 70%. Podle čeho se bude posuzovat procentní pokles? To zatím není bohužel známo, protože není k dispozici prováděcí předpis.

10. ÚLOHA PRACOVNÍKŮ S TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝMI

Handicapované osoby se v průběhu života mohou setkat s různými pracovníky. V základě bych rozdělila pracovníky: na pracovníky v sociálních službách, pracovníky ve zdravotnictví a pedagogické pracovníky.

Velkou oblast tvoří pracovníci ve zdravotnictví (zdravotní pracovníci se řídí zákonem č. 20/1966 o péči o zdraví lidu). Velmi důležité pro handicapované osoby je zejména včasná a přesná diagnóza, adekvátní komunikace se zdravotním personálem (lékařskými odborníky, ošetřujícím lékařem, zdravotními sestrami, rehabilitačními pracovníky).

V oblasti pedagogických pracovníků bych zdůraznila zejména práci pedagoga volného času, sociálního pedagoga a speciálního pedagoga. Pedagogové volného času a sociální pedagogové se v rámci problematiky lidí s tělesným handicapem nejčastěji uplatňují jako tzv. sociální asistenti nebo pedagogičtí asistenti. Jejich hlavní náplní je pomoc při vyučování slabším žákům či dětem a dospívajícím se zdravotním postižením. Dále se uplatňují v poradnách pro rodinu a největší měrou se v této problematice uplatňují v denních či týdenních stacionářích či pobytových zařízeních. Jedná se převážně o výchovnou práci s dětmi. (*NĚMEC, Jiří. Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*). Brno: Paido, 2002, str. 115 - 117). Speciální pedagog se zabývá zejména výchovou a vzděláváním zdravotně postižených dětí. Speciální pedagog se může uplatnit v poradnách pro rodiče, jejichž děti mají zdravotní handicap, dále v rehabilitačních centrech či v denních a týdenních pobytových zařízeních. Speciální pedagog může být specializován na určitou oblast (somatopedie, logopedie, psychopedie, surdopedie atd.). K výkonu povolání je nezbytné absolvování vysokoškolského oboru speciální pedagogika na některé z pedagogických fakult.

V této kapitole se dále zaměřím především na pracovníky v sociálních službách. Lidé s handicapem se mohou velmi často setkat se sociálním pracovníkem a pracovníky v sociálních službách. Sociální pracovník zprostředkovává sociální služby a pomáhá osobě, která je potřebuje. Zvolit optimální škálu služeb, jež jí budou poskytovány. Zákon o sociálních službách přesně vymezuje náplň práce sociálního pracovníka. Sociální pracovník koná přímou práci s klientem, ale také má za úkol služby koordinovat, vyhledávat novou klientelu a případně i služby plánovat a hodnotit. Hlavními úkoly sociálního pracovníka jsou: vykonávat sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální

péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, despitáží činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Je velmi správné, že zákon vymezil určité předpoklady pro výkon tohoto povolání. Umožnil tím, zachovat určitou kvalitu sociálních pracovníků. Činnost sociálního pracovníka nadále nelze vykonávat bez minimálně vyššího odborného vzdělání specializovaného na sociální práci. Zákon stanovuje i povinnosti dalšího vzdělávání (akreditované kurzy, školicí akce, odborné stáže).

V oblasti sociálních služeb nefigurují pouze sociální pracovníci. Velmi důležitou součástí personálu jsou rovněž tzv. pracovníci v sociálních službách. Nedílnou součástí tvoří také zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. Zatímco u zdravotnických a pedagogických pracovníků zákon odkazuje na podmínky jejich činnosti stanovené ve zvláštních právních předpisech, podmínky výkonu činnosti pracovníků v sociálních službách jsou stanoveny přímo v zákonu o sociálních službách. Pracovníci v sociálních službách vykonávají přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních. Dále provádějí základní výchovnou, ale nepedagogickou činnost. V neposlední řadě poskytují pečovatelskou činnost v domácnosti osoby. Stejně jako u sociálních pracovníků je k výkonu povolání nezbytná způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost odborná způsobilost.

Pro příklad uvádím náplň práce sociálního pracovníka v Jedličkově ústavu a školách:

- sociální pracovník provádí poradenskou a metodickou činnost, zabezpečuje sociální služby pro děti se zdravotním postižením na ZŠ, ZvŠ, SŠ, OU a SOU
- v případě potřeby navazuje spolupráci s rodinami a usiluje o co nejúžší kontakt s nimi
- poskytuje informace eventuelním zájemcům o umístění dítěte do zařízení, sepisuje rodinnou a sociální anamnézu. Při příjmu dítěte sepisuje dohodu o nástupu do zařízení
- vede evidenci dětí a provádí nezbytnou související administrativu. Vyřazuje a předává k archivaci spisovou dokumentaci
- zprostředkovává sociální pomoc, spolupracuje s Orgány sociálně právní ochrany a soudy. V nezbytných případech zajišťuje sociální ochranu klientů
- je povinen znát v potřebném rozsahu příslušné právní předpisy, podmínky pro přijetí do škol zdravotních a sociálních zařízení
- účastní se komplexního hodnocení
- na pozvání koordinátorů týmu se účastní schůzek týmů

- zajišťuje organizaci přijímací poradny a shromažďuje potřebnou dokumentaci
- provádí vlastní sociální šetření a dle potřeby výjezdy do rodin příslušné klientely
- aktivně spolupracuje se všemi pracovníky
- spolupracuje při rozhodování o změně pobytu klienta
- je povinen chránit důvěrnost sdělení a dat o dítěti a jeho rodině před zneužitím
- účastní se odborných seminářů

Poslední službu a zároveň výkon povolání s ní spojené bych ráda uvedla pozici osobního asistenta, který je pro těžce zdravotně handicapovaného člověka a jeho život často nezbytný. I zde je pro výkon povolání směrodatný zákon o sociálních službách, který stanovuje podmínky a nároky na osobního asistenta. Obecně může osobního asistenta vykonávat osoba starší 18 - ti let, která je zdravotně způsobilá a trestně bezúhonná. Důležitá je i dostatečná fyzická a psychická připravenost. Hlavním cílem osobní asistence je zabezpečit základní životní potřeby. Potřeby můžeme rozdělit na biologické (příjem potravy, polohování, hygiena, nákupy, pochůzky atd.) a na potřeby společenské (pomoc při výchově dětí, při vzdělání, výkonu povolání, sportovních a volnočasových aktivitách).

11. KAZUISTIKY

Praktická část předložené práce je zaměřena především na to, aby ilustrovala, jakým způsobem žijí lidé s tělesným handicapem v běžném životě. V tomto případě se jedná o dvě kazuistiky, které mapují život dvou mladých lidí s tělesným handicapem. V kazuistikách je vyzdvížen život těchto lidí, jejich názory, postoje k životu a k bariérám, které je provázejí na každém kroku, a jsou umocněny ještě tím, že se musejí pohybovat na vozíku. Všechny použité osobní údaje jsou změněny, aby nemohlo dojít k jejich zneužití a mohla tak být zachována anonymita jednotlivých osob.

Kazuistiky 2 žáků Jedličkova ústavu a škol:

Chtěla jsem blíže poznat bariéry a osudy lidí s tělesným handicapem, proto jsem absolvovala půlroční praxi v Jedličkově ústavu a školách jako třídní asistentka. Kazuistiku Jitky a Honzy jsem si vybrala z důvodu srovnání života dvou mladých lidí podobného věku a podobných zdravotních diagnóz.

Popis používaných metod a technik:

- metoda pozorování klienta
- metoda obsahové analýzy spisové dokumentace
- metoda rozhovoru s odborníky
- metoda nestandardizovaného rozhovoru

Při sestavování kazuistik jsem použila metody pozorování při vyučování i při práci v dílnách. Pozorováním jsem zjistila, jak reagují oba na nového asistenta, jak se staví ke škole, jaké mají vztahy k ostatním spolužákům a učitelům. Honza je velice milý, pracovitý kluk. Jediným problémem byla komunikace, protože Honza velmi nesrozumitelně artikuluje.

Díky tabulce, kterou má, jsme spolu komunikovaly snadno. S Jitkou nebyl v komunikaci problém. Z počátku působila velice plaše a stydlivě, ale po počátečních rozpacích jsme si spolu výborně rozuměly. U obou jsem si všímala verbálních i neverbálních projevů po celou dobu, co jsem s nimi byla v kontaktu. Dále jsem pozorovala změny v chování na počátku a na konci naší spolupráce. Byly to změny zejména v důvěře, opadaly komunikační bariéry a oba mě brali spíše jako kamarádku než osobní asistentku.

Druhá metoda, kterou jsem pro tuto případovou studii použila, byla metoda obsahové analýzy. Ve spisové dokumentaci v Jedličkově ústavu a školách jsem se snažila zaznamenat nejdůležitější informace, které se Jitky a Honzy týkaly.

Vyhledala jsem informace, týkající se školního prospěchu, lékařské zprávy, zprávy od psychologa a individuální vzdělávací plán. Tyto informace mi velmi usnadnily vykreslit situaci, která byla na půdě školy i mimo ni. Dále jsem si přečetla záznamy sociální pracovnice, které se týkaly rodiny, finanční a sociální situace v rodině a komplexní hodnocení, které mi bylo velkým vodítkem k dokreslení celé kazuistiky. Velmi mi pomohly také informace od dalších odborníků, které jsem získala ze spisové dokumentace, a to především z Honzova komplexního hodnocení.

Jako poslední metodu jsem použila techniku nestandardizovaného rozhovoru s odborníky. Rozhovor jsem vedla u obou případů se sociální pracovnicí, která mi nastínila oba případy, a především sociální a ekonomickou situaci v rodině. U případu Honzy jsem ještě mluvila s jeho fyzioterapeutem a účastnila se jedné hodiny, kdy jsem zjistila potřebné informace o průběhu léčení a terapie.

I. Kazuistika Jitky (6. 4.1989), klientka Jedličkova ústavu a škol

Osobní anamnéza:

Jitka se narodila 6. 4. 1989 v Praze jako čtvrté dítě své matky. Průběh porodu byl bez komplikací, i když se jednalo o předčasný porod. Těsně po narození byla umístěna v inkubátoru, ale byla propuštěna z porodnice jako zdravý novorozenec. Přesto byla vedena v rizikové poradně jako předčasně narozené a nezralé dítě. Její vývoj byl výrazně opožděný, to se ovšem přičítalo předčasnému narození. Diagnóza v prvním roce byla rehabilitace dle Vojtovy reflexní metody. Jitka začala sedět asi v pěti letech, chodila s oporou asi v sedmi letech. Matka si její vývoj podrobněji nepamatuje. Jitka chodila s aparátky a s kozičkami. Poté měla kanadské berle. Podle prognózy lze v budoucnu dosáhnout i chůze o francouzských holích. Vývoj řeči byl po celou dobu vývoje v normě. Jitka má problémy s postižením jemné motoriky i v nynějším věku.

Jitka nastoupila do mateřské školy v JÚŠ v pěti letech. Do první třídy chodila také do JÚŠ, konkrétně do základní školy. Do první třídy nastoupila v sedmi letech. Učila se průměrně, větší potíže jí dělala matematika. Ve II. pololetí páté třídy přestoupila do čtvrté třídy běžné základní školy v místě bydliště. Nyní studuje druhým rokem rodinnou školu v JÚŠ. Příští rok

bude tuto školu končit. Má velké obavy z maturity, hlavně z anglického jazyka a dále má obavy z hledání zaměstnání.

Nyní ještě neví, co by chtěla dělat, a kde by chtěla pracovat. Je velmi samostatná, společenská, pomáhá kamarádům a snaží se pilně učit, přesto její výsledky nejsou nejlepší, spíše průměrné. Problémy jí dělá již zmíněná matematika a také angličtina. Pomoc potřebuje v drobných úkonech jako je přenášení jídla, pomoc při nástupu a výstupu z dopravních prostředků.

Velmi ráda zpívá, má ráda zvířata a ráda poslouchá hudbu. Mezi její oblíbené předměty patří tělocvik, počítače a zpěv.

Rodinná anamnéza:

Matce Jitky, Heleně, je 53 let, má středoškolské vzdělání a nyní pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici v Praze. Matka je zdravá a její rodina je bez genetické zátěže. Otci Jitky, Petrovi, je 56 let a je vyučený zedník. Nyní je otec Jitky bez zaměstnání. Má značné problémy s nadměrným užíváním alkoholu. Otec je zdravý a jeho rodina je také bez genetické zátěže. Jitka má vlastní sestru Zuzanu. Zuzaně je 23 let a studuje obchodní akademii. Zuzana žije ve společné domácnosti s rodinou. Z prvního manželství matky se narodil bratr Jindřich. Je mu 29 let, studuje vysokou školu a žije u matky otce. Z prvního manželství otce se narodil bratr Bohdan. Je mu 32 let, pracuje jako skladník, má vlastní rodinu a žije mimo Prahu.

Manželství otce i matky je druhé, jsou rozvedeni, žijí spolu s dcerami ve společné domácnosti v rodinném domku. V roce 1997 proběhl rozvod rodičů pro alkoholismus manžela. Manžel se vyhýbal práci, měl dluhy, finanční situaci rodiny zajišťovala pouze matka. Dalším důvodem byly dlouhodobé hluboké konflikty mezi manžely.

První manželství matky trvalo necelé dva roky. Po třech letech se seznámila s druhým manželem, otcem Jitky, který byl v té době ženatý. V době, kdy probíhalo rozvodové řízení otce, otěhotněla, partnerovi slíbila, že jej neuvede jako otce. Po narození první dcery Zuzany jej ale jako otce uvedla. Tento fakt otec neunesl a ještě dnes jí to vyčítá a tvrdí, že jinak by si jí nevzal. Po dvou letech se narodila Jitka, která hned od narození byla handicapovaná.

Manželství bylo téměř od počátku konfliktní, matka se jej snažila udržet kvůli dětem. Prvních deset let s nimi žil i její první syn z prvního manželství. Přístup otce k nevlastnímu synovi byl velice negativní, byl k němu velmi přísný a trestal ho za každou maličkost. V patnácti

letech chlapec odešel k babičce. Až po odchodu syna se matka dozvěděla spoustu podrobností o konfliktech a neshodách mezi manželem a synem. Alkoholismus, neshody a neochota a neschopnost se podílet na materiálním zabezpečení rodiny vedly k rozpadu manželství.

Dcery byly svěřeny do péče matky, ale rodiče spolu nadále žijí ve společné domácnosti. Společné soužití obou rozvedených manželů i nyní představuje veliký problém. Otec nepracuje, je často opilý a matku Jitky napadá. Starší dcera se od rodiny odpoutává a přechodně si našla bydliště u příbuzných. Tíha konfliktního soužití výrazně Jitku zasahuje. Otec je velmi náladový, Jitku slovně napadá a tituluje ji slovy „mrzáku, kříple, dementé“ apod. Ona má přesto k otci láskyplný vztah a jeho chování jí velmi zraňuje. Matka vidí řešení v prodeji domku. S tím otec střídavě souhlasí a nesouhlasí. Řešení vidí v koupi bezbariérového bytu, kde by mohla s Jitkou žít. Kontakt s otcem by matka nechtěla v žádném případě bránit, jelikož ví, že má k němu Jitka velmi silný vztah.

Sociální anamnéza, sociální vztahy:

Jitka bydlí s matkou a otcem v rodinném domě se zahradou. Má společný pokoj se sestrou. Má průkaz ZTP/P a s ním spojené mimořádné výhody (v dopravě, při koupi kompenzačních pomůcek apod.). Matka pobírá dávky státní sociální podpory. Finanční situace není dobrá, jelikož je materiální zajištění zcela na matce.

V místě bydliště pobývá Jitka pouze o víkendech a o prázdninách. Když se vrátí po víkendu do školy je velmi neklidná, rozladěná, citlivá a má horší náladu než během celého týdne. Je to zřejmě způsobené rodinnou atmosférou a přístupem otce k její osobě. Jitka je jinak velmi přátelská, přesto se v místě bydliště vztahy s vrstevníky nevytvořily, jelikož tam není příliš často. Ve škole je kolektivem přijímána dobře, ale více komunikuje s dívkami než s chlapci. O přestávkách se příliš nezapojuje do rozhovoru s ostatními, ale pokud jsem se s ní bavila sama, byla komunikativní a povídala mi o všem, co ji trápí i o problémech ve škole. Dle mého názoru dělá Jitce problém srovnat se s dospíváním a se svým tělem, jelikož se neustále pozoruje a má úplně zbytečně nízké sebevědomí, které je způsobené ponižováním její osoby otcem.

Moje spolupráce s Jitkou byla na srdečnější přátelské úrovni. Vždy mi řekla, co ode mne potřebuje, co jí mám podat nebo v čem jí mám pomoci. Z počátku bylo její chování ke mně odtažitě a příliš se mnou nekomunikovala. Počáteční rozpaky se však brzy rozpadly a dle mého názoru si ke mně Jitka vytvořila vřelý až kamarádský vztah. Pociťovala jsem to hlavně, když

jsem přišla za ní do třídy. Přesně věděla, kdy jsem u ní jako osobní asistentka a vždy jsem měla připravenou židli k sezení. Hned se mě ptala, jak jsem se uplynulý týden měla, co jsem dělala nebo co jsem podnikla o víkendu. Moc ji zajímalo, jaké mám zájmy, co studuji či jakou poslouchám hudbu. V tomto směru byla velice zvědavá. Tento posun nastal až po určité době, kterou se mnou strávila.

Plány do budoucna:

Pro Jitku bude nejdůležitější udělat maturitu, ze které má největší obavy. Dalším problémem bude najít vhodné zaměstnání, které by ji bavilo. Další studium by pro ni už bylo bez efektu, jelikož na běžnou střední školu nemá dle psychologických testů předpoklady. Velkou motivací by bylo, kdyby se matce podařilo odpoutat se od bývalého manžela a pořídit bezbariérový byt, kde by žila s dcerou a její vlastní sestrou. Bezbariérový byt by Jitce umožnil zapojovat se do všech běžných denních činností a nebyla by tolik závislá na druhé osobě. Problémem by mohlo být odpoutání od otce, na kterém je velmi citově závislá a má k němu láskyplný vztah. Na druhou stranu by jí jistě matka nebránila ve styku s ním.

Jitka nyní navštěvuje při Jedličkově ústavu transiční program, který jí prakticky ukazuje, jak se vyrovnávat s psychickými i architektonickými bariérami v jejím životě. Nyní ještě příliš bariér nepocituje, jelikož za ní vše řeší maminka. Proto je dle mého názoru vhodné do budoucna pokračovat v některém z programů Jedličkova ústavu, kde je možné být i po skončení studia. Snáze by ji vedl k samostatnosti, aby jednou mohla žít plnohodnotným životem, bez závislosti na okolí. Matce Jitky i jí samotné bych doporučila úzký kontakt s psychologem, aby se urovnaly vztahy s otcem. Měla by pravidelně navštěvovat lékaře, aby se její chůze dále zlepšovala. Vhodné by bylo případné projednání dlouhodobé rehabilitace. Jitka by mohla být po odchodu z Jedličkova ústavu úzkostnější, proto bych doporučovala, aby zůstala v kontaktu s těmito lidmi a například navštěvovala odpolední dílny jako zájmovou činnost. Měla by nadále zůstat v kontaktu s lidmi podobných problémů.

II. Kazuistika Honzy (16. 11. 1990), klient Jedličkova ústavu a škol

Osobní anamnéza:

Honza se narodil 16. 11. 1990 z první gravidity. Po narození byl propuštěn z nemocnice bez jakýchkoliv problémů. Začal chodit i mluvit v prvním roce. Okolo pátého roku se začala objevovat motorická neobratnost, porucha řeči a koktání.

V devíti letech nastalo prudké zhoršování zdravotního stavu a bylo zjištěno, že trpí degenerativním onemocněním nervového systému, které se projevuje těžkou ztuhlostí svalů. Od té doby měl velké problémy s koordinací všech volných pohybů, jeho řeč začala být zcela nesrozumitelná a v praxi je zcela odkázán na pomoc okolí. Ve dvanácti letech často padal a mezi třináctým a patnáctým rokem byla možná chůze pouze s výraznou oporou. Poté ztrácel schopnost sebeobsluhy, měl problémy s příjmem potravy, pohybem a řečí. Od patnácti let je odkázán na mechanický vozík. Od čtyř do osmi let chodil do mateřské školy.

Mateřskou školu absolvoval v Hradci Králové, kde bydlel, než se přestěhoval s rodiči do Prahy. Honza měl dva roky odklad povinné školní docházky a v osmi letech nastoupil do soukromé základní školy Daneta pro žáky s vadou sluchu v Hradci Králové. Od čtrnácti let chodil tři roky do zvláštní školy Daneta v Hradci Králové.

U Honzy byly zjištěny nadprůměrné intelektové schopnosti, učil se velmi dobře a v kolektivu byl velice oblíbený, proto se rodina rozhodla přestěhovat se do Prahy, aby měl Honza větší možnost se vzdělávat. Do Jedličkova ústavu nastoupil 1. 9. 2006, je v JÚŠ na týdenním pobytu.

Ve všech předmětech je nutné vycházet z faktu, že Honza obtížně čte i píše. Nezbytnou pomůckou je osobní přenosný počítač a speciální klávesnice, kam si v přiměřeném tempu může zapisovat poznámky a vypracovávat úkoly. V ústním projevu je potřeba zohlednit jeho potíže, navodit ve třídě příznivou atmosféru, klást Honzovi spíše konkrétní otázky s jasnou a stručnou odpovědí. Složitější úlohy, ale i třeba ústní zkoušení je vhodnější vypracovat na počítači. Má výborné studijní výsledky, je aktivní, hlásí se, snaží se odpovídat sám nebo pomocí tabulky s dopomocí asistenta. V českém jazyce má vzhledem ke svému handicapu výrazné problémy s hlasitým čtením, některé hlásky opakuje a obtížně vyslovuje. Písemnou formou je schopen převyprávět i delší článek. Také písemný projev je ovlivněn poruchou jemné motoriky. Píše velice pomalu a nečitelně, avšak bez pravopisných chyb. Nezbytnými pomůckami jsou osobní

přenosný počítač, speciální klávesnice, speciální výukové programy, encyklopedie či časopisy v oborech, které Honzu zajímají. V ostatních předmětech jako je angličtina, občanská výchova, matematika má samé jedničky, ale je nutná trpělivost při výuce a osobní asistent. Obecně se velmi snaží, do školy chodí připravený a na hodinách je velice aktivní. Pomoc při domácí přípravě a podpora v rodině je nadprůměrná. Samozřejmě se rodiče i JÚŠ snaží podporovat jeho samostatnost a soběstačnost v běžných denních činnostech. V kolektivu třídy je milý a oblíbený. I v trávení volného času je aktivní. S chutí hraje florball, fotbal a šachy. Rád vyrazí za kulturou či na nějaký pěkný koncert nebo divadelní představení.

Honza chodí, stejně jako Jitka, jedenkrát měsíčně do tzv. tranzitního programu.

Rodinná anamnéza:

Matce Honzy, Barboře, je 41 let, má středoškolské vzdělání a nyní je v domácnosti. Otcí, Honzy, Tomášovi, je také 41 let a pracuje jako elektromontér. Sourozence nemá. Vztahy mezi rodiči jsou velmi pěkné, nedochází mezi nimi k častějším konfliktům. Rodiče velice dobře spolupracují se školou i s ústavem, kde je Honza na týdenním pobytu. Snaží se ho plně zapojit do běžného života a spolupracovat i s jinými organizacemi, které by rozvíjely jeho nadání pro sport i školu.

Vyjádření jiných odborných pracovníků:

Fyzioterapeut:

S fyzioterapeutem spolupracuje dvakrát týdně jednu hodinu při cvičení. Dle fyzioterapeuta se lepší jeho koordinace, zvětšuje se jeho svalová síla, lépe ovládá a drží hlavu. Je u něj v posledních měsících možná chůze, ovšem pouze s výraznou oporou, jelikož se stále vyskytují velké problémy s rovnováhou a je nutný stálý dozor (hrozí velmi často pád). Fyzioterapeut se zaměřuje především na kondiční cvičení, protahování, posílení svalstva, strečink, relaxaci. S fyzioterapeutem využívají motomed, žebřiny a míče. Terapeut hodnotí snahu Honzy při cvičení velmi kladně, vyzdvihuje snaživost a to, že ho cvičení velice baví.

Psycholog:

S psychologem pracuje často. Vzhledem k tomu, že byl na několika operacích, jsou konzultace s psychologem nezbytné. Psycholog ve zprávě komplexního hodnocení uvedl, že se cítí ve škole i při mimoškolních aktivitách příjemně. Kvalitu vzdělávání mu umožňuje přítomnost osobního asistenta.

Touží mít příležitost zapojit se do dění a také sám pomáhat ať už radou či názorem. Psycholog uvádí, že se Honza teprve vyrovnává s omezením a občas mu schází racionální myšlení. Dále uvádí, že u něj nejsou patrné známky deprese.

Občas touží uniknout tíživým a omezujícím poměrům, svůj stav vědomě překonává optimismem, kladným přístupem k životu a iniciativností. Ta se může někdy dostat až do nežádoucího rozhořčeného vzdoru, kdy si za každou cenu chce prožít a zařídit situaci podle svých představ. Je přístupný klidnému rozhovoru, nezvládá autoritativní nátlak. Potřebuje vztahy a poměry, které zaručují jistotu a spolehlivost.

Logoped:

Logoped spolupracuje s Honzou dvakrát týdně. Podle komplexní zprávy se zaměřují především na relaxační cvičení s cílem zmírnit výraznou nesrozumitelnost v řeči. Do terapie zapojují také prvky muzikoterapie. V poslední době komunikuje s logopedem převážně pomocí tabulky. U Honzy je řeč pro posluchače již téměř nesrozumitelná, proto mu byla nabídnuta pomoc. Jedná se o alternativní komunikační prostředek notebook s programy, které by mu velmi pomohly. On však potřebu tohoto alternativního komunikačního prostředku zatím příliš nepocítuje, stále se spoléhá na mluvenou řeč popřípadě na tabulku s abecedou.

Plány do budoucna:

Honza má možnost díky své rodině, škole, do které chodí velmi rád, navázat pro budoucnost dobrý sociální kontakt. Bude pro něho nezbytná operace, která ho brzy čeká, díky které snad bude moci brzy odložit mechanický vozík a zlepší se i porucha řeči. Důležité také bude dále podporovat jeho samostatnost, aby se naučil běžným sociálním kontaktům i běžným činnostem, které jsou spojené s oblékáním nebo hygienou. Doporučovala bych dále rozvíjet jeho mimoškolní aktivity, zapojovat ho do kolektivních sportů, aby byl stále mezi lidmi.

Závěr, hodnocení kazuistik:

Závěrem snad jen shrnutí, že Jitka i Honza jsou studenty ve školách Jedličkova ústavu. Oba mají tělesný handicap. Jitka má dětskou mozkovou obrnu a Honza degenerativní onemocnění nervového systému (Spatzova nemoc). A přesto každý z nich žije úplně jiným životem a každý z nich má úplně jiné rodinné zázemí. Honza se může díky rodině rozvíjet ve škole i v mimoškolních aktivitách, je inteligentní a vyrovnaný s handicapem, který má. Zároveň mnoho bariér ještě naplno nepocítuje. Jitka je naopak ze svého handicapu nešťastná, a to díky otci, který ji hrubě od dětství ponižoval. S tímto problémem jsou spojeny i problémy ve škole a v soukromém životě. Jitka tedy naplno pocítuje psychické bariéry, zejména ve vztahu s otcem.

12. INTERVIEW v pedagogickém výzkumu

Pro lepší znázornění postojů handicapovaných lidí k bariérám jsem použila metodu rozhovoru. Rozhovor (Interview) jsem vedla se svou dlouholetou přítelkyní ze soukromého života, paní Hankou. Vybrala jsem si jí hlavně pro její zkušenosti a pro možnost porovnání bariér v době před revolucí a nyní. Rozhovor měl standardizovanou podobu, s použitím otevřených otázek. Dvouhodinové povídání probíhalo u ní doma, aby se cítila, co nejpohodlněji.

Rozhovor s paní Hankou o fyzických i psychických bariérách (18. 2. 2009)

Rozhovor s paní Hankou jsem si vybrala proto, že je to velice vzdělaná a otevřená dáma, která má již mnoho zkušeností za sebou. S paní Hankou jsem se seznámila na podzim roku 2003 díky mamince mého kamaráda, pro kterou překládala knížky do francouzštiny. Hned na první schůzce jsme si velmi rozuměly. Dodnes za ní chodím pravidelně na návštěvy a navzájem si předáváme zkušenosti. Dokonce jsme spolu trávily dovolenou v Chorvatsku (fotky v přílohách), kde jsem jí dělala osobní asistentku. Paní Hanka je tělesně handicapovaná, od roku 1996 na invalidním vozíku, ale již od narození s diagnózou dětské infekční obrny.

1. Kdy jste začala pociťovat první problémy s ohledem na Váš handicap?

Do nástupu na střední školu jsem žádné problémy nepociťovala, hlavně díky starostlivé péči rodičů. Dokonce ani berle nebyly překážkou. Problémy začaly, až když jsem nastoupila na střední školu. Měla jsem pocit, že se nemůžu nikdy líbit mužům, a že jsem díky berlím velice nepřitažlivá. Cítila jsem se méněcenná, a proto jsem nikam nechodila, spíše jsem se věnovala učení a únik jsem si našla především v hudbě. Poté jsem začala studovat na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze, obor francouzština a český jazyk. Zde jsem již pubertální problémy zažehnala.

2. Jaké bariéry pro Vás v té době byly nejkrutější? Jistě ještě nebylo tolik možností jako dnes.

Největší problém jsem viděla v bariérách architektonických. V té době nebyl na nás, handicapované, brán příliš velký zřetel. Bariéry byly všude, kam se člověk podíval. Ty jsem naplno ještě nepociťovala, jelikož jsem se nepohybovala na vozíku. Psychické bariéry pro mě

byly v té době mnohem horší než ty fyzické, i když jsem již byla vdaná žena. Využila jsem možnosti odjet na studijní pobyt do Francie, kde bylo všechno o pár kroků napřed, tedy i reakce lidí na handicap.

3. Po návratu zpět se něco změnilo?

Bohužel jsem se musela vrátit dříve zpátky domů, kvůli nemoci maminky. A několik měsíců po návratu mě čekal i rozvod s manželem. Manželovi začal zkrátka můj handicap vadit. Když jsme byli spolu ve společnosti, cítila jsem, že se stydí za to, že má ženu, která chodí o berlích. Nejhorší bylo odstěhovat se zpátky k rodičům, protože všichni byli již zvyklí na svůj režim a byt byl pro tolik lidí příliš malý.

4. A tuto situaci jste nějak řešila?

V roce 1972 mi byl přidělen byt o velikosti 1 + 1 v Hodkovičkách. Z počátku bylo vše bez problémů, ale v roce 1996 jsem se ocitla na invalidním vozíku po neodborném zákroku lékařů. Tento byt, jak víš, byl pro člověka na vozíku absolutně nevyhovující. Skoro deset let jsem nemohla ani vyjít ven, doslova jsem se „šoupala po zadku ze schodů“. V bytě, kde jsem bydlela, bylo na vozík málo místa, byl tam velmi omezený pohyb. Problém byl zejména s úzkými zárubněmi. Nad vodou mě drželi přátelé, kteří za mnou chodili. Využívala jsem služeb pečovatelské služby, které mi pomohly s hygienou, nákupem a dalšími věcmi. Občas jsem překládala knihy do francouzštiny. Ale to byla moje jediná aktivita.

5. Ano, dobře si vzpomínám. Poté jste si podala žádost o bezbariérový byt na Chodově, kde bydlíte dodnes. Jak jste si zvykala na nové prostředí?

Tři roky trvalo, než byla žádost na můj nový byt vyřízena. Od 14. 5. 2005 bydlím v bezbariérovém bytě na Chodově a jsem úplně spokojená.

Na nové prostředí jsem si zvykla velmi rychle, i když to byl nepopsatelný šok. Najednou jsem se mohla sama pohybovat po okolí, mohla jsem si dojít nakoupit, a vybrat si, na co mám chuť. Stala jsem se mnohem samostatnější. Velice pozitivně na mě působilo i to, že jsem v kontaktu s lidmi, kteří jsou na tom podobně jako já.

6. Jak je Váš byt vybavený? Je okolí Vašeho domu plně přizpůsobené vozíčkářům?

Můj byt je plně bezbariérový, s balkonem, bezbariérovou koupelnou, obývacím pokojem a malou kuchyňkou. Velmi výhodné je také to, že v okolí je vše plně přizpůsobené vozíčkářům, tedy bezbariérová doprava autobusem na metro stanice Chodov či Opatov. Dále je výhodná i poloha u lesa. Problémem nyní není ani nakupování či návštěva restaurace nebo pizzerie.

7. Využíváte některé z výhod pro vozíčkáře? Jste klientkou nějaké konkrétní služby?

Vlastním průkazku ZTP/P, dále pobírám starobní důchod a příspěvek na byt. K důchodu mám též zvýšení důchodu pro bezmocnost. Zažádala jsem si o elektrický vozík, který po dlouhých prohlídkách u odborných lékařů mám již 4 roky k dispozici. Dále využívám pečovatelskou službu, ale pouze kvůli hygieně a pomoci při uklízení míst, která jsou pro mě nedostupná.

8. Když se po všech zkušenostech podíváte na situaci bariér v době Vašeho mládí a nyní, v čem spatřujete stále největší problém? A co se naopak obrátilo k lepšímu?

Největší bariéry vidím stále zejména v komunikaci s lidmi. Problém není jen v lidech zdravých, ale i nemocných, protože nejdůležitější je, aby se lidé s postižením nejprve psychicky vyrovnali se svojí krizovou situací a jedině kladným přístupem a aktivitou mohou nějak pomoci ostatním a být užiteční pro společnost. Také je velice rozhodující, umět pomoc přijmout. Proto člověk s těžkým handicapem spíše přijme pomoc od člověka stejně postiženého než zdravého. Další problém vidím zejména u lékařů, kteří často nevědí, jak s námi jednat. Nevysvětlí nám, co s námi budou dělat, a člověk je pak v nejistotě. Důležitá je v první řadě osvěta. Ostatní bariéry se již dají překonat. Je vidět veliký kus práce, který vláda udělala, ale je v každém člověku, jaký bude mít přístup k lidem s postižením. Poslední problém vidím v moderních technikách. Mladí lidé si mnoho informací najdou na internetu, ale my tyto prostředky většinou nemáme k dispozici, a pokud ano, tak je neumíme využívat.

9. Ted trochu k aktuální otázce zdravotní politiky... Zkomplikovala Vám nějak život reforma ve zdravotnictví? Měli by dle Vašeho názoru platit handicapovaní poplatky za lékařské prohlídky, recepty a pobyt v nemocnici?

Samozřejmě, že tato reforma se dotkla každého z nás. I já to velmi pociťuji, a to hlavně na lécích. Pokud se na to podíváme objektivně, tak za 60,- Kč na den se člověk doma ani nenají. V nemocnici je k tomu ještě zdravotní a rehabilitační péče. Proto poplatky za péči v nemocnici

neodsuzuji. Pouze se domnívám, že by měli vyřešit poplatky za léky trochu jiným způsobem, 30,- Kč za položku je příliš. Nehledě na to, že by měly být peníze využity na službu, a ne jít na přilepšenou lékařům či lékárnám.

10. Dovolte mi ještě poslední otázku. Co říkáte na novou ministryni zdravotnictví Ing. Danu Filipiovou? Myslíte si, že má dost kompetencí k takovému postu?

Toto je otázka, které se trochu vyhnu. Ing. Filipiová již dělala senátorku a zabývala se problematikou lidí s postižením, proto by měla mít jisté zkušenosti s vedením. Nemohu posoudit, zda má dostatek kompetencí k vedení resortu zdravotnictví. Ovšem ministerstvu zdravotnictví nepomůže jedna osoba, ale kompletní vyvážený tým lidí. To, že se ministryní stala žena na vozíku, vidím jako přirozené, a nevidím v tom problém. V dnešní době je to již celkem běžné a mohlo by to zlepšit celkovou situaci vozíčkářů. Na druhou stranu si myslím, že lidé v dnešní době již tělesně postižené přijímají daleko lépe, než třeba osoby s mentálním postižením.

Ještě snad jen poznámku, že nyní bylo odsouhlaseno zrušení poplatků pro lidi nad 65 let a děti, tak uvidíme, co nás čeká do budoucna.

Děkuji za rozhovor a přeji hlavně mnoho příjemných dní s milými lidmi.

Já Ti také vřele děkuji za mnoho hezky strávených chvil a přeji mnoho štěstí při psaní bakalářské práce.

Závěr, shrnutí a význam rozhovoru:

Z rozhovoru s paní Hankou je patrné, že v oblasti fyzických bariér udělala vláda a jednotlivé resorty velký kus práce. Obrat k lepšímu nastal hlavně v oblasti dopravy, odstraňování architektonických bariér, v oblasti bydlení, kde je již možnost si uzpůsobit byt individuálním potřebám. Dále se rozvíjí i oblast služeb, hlavně díky novému zákonu o sociálních službách. Problémem, který zjevně přetrvává i nadále, je problém v komunikaci. Tato otázka je v podstatě neřešitelná, jelikož je na každém z nás, jak budeme na lidi s tělesným handicapem nahlížet. Hlavní přínos tohoto rozhovoru vidím zejména v porovnání bariér v dřívější době a nyní. Další pozitivní význam rozhovoru spatřuji i ve zkušenostech paní Hanky, která mohla sledovat vývoj v poměrně širokém období.

13. ANKETA

Vzhledem k občasné spolupráci s Komunitním centrem mě napadlo sestavit krátkou anketu o problematice bariér v mém rodném městě, Říčany. Komunitní centrum je jediná organizace, která se v našem městě věnuje lidem se zdravotním handicapem (dále se věnuje i seniorům). Podílí se i na komunitním plánování sociálních služeb v našem regionu.

Název: Anketa o problematice tělesně handicapovaných a o architektonických bariérách v Říčanech

Cílová skupina: občané města Říčan od 18 - ti let

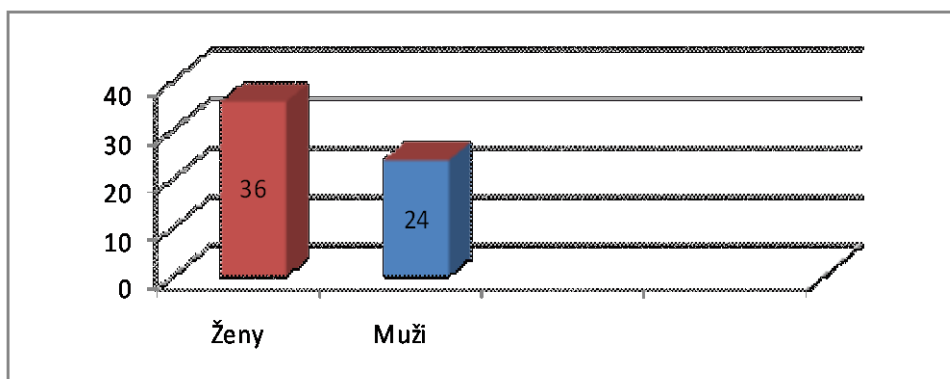
Cíle: cílem je zjistit míru povědomí občanů Říčan o problematice lidí s tělesným handicapem a zjistit, zda považují město Říčany za bezbariérové či nikoliv. Dále je prioritou zjistit, zda lidé znají služby pro lidi se zdravotním postižením v našem městě.

Průběh dotazování: Dotazování proběhlo v terénu. Snažila jsem se, aby věková škála dotazovatelů byla, co nejpestřejší. Během týdne jsem spolupracovala s knihovnou v Říčanech, kde se schází mnoho lidí. Dále jsem navštívila Dům důchodců a oslovovala lidi na nejružnějších místech v Říčanech. Tak, aby byla škála dotazovaných, co nejširší. Lidé vyplňovali anketu sami, starší lidé mě většinou požádali o přečtení a já za ně odpovědi kroužkovala. Ankety se zúčastnilo celkem 60 dotazovaných.

Sestavení otázek: K sestavení ankety jsem se snažila použít stručné, jasné otázky, které lidé vyplní za pár minut, ale přesto se nad nimi mohou hlouběji zamyslet. Skladbu otázek a průvodní oslovení respondentů nalezneme v příloze č. 5.

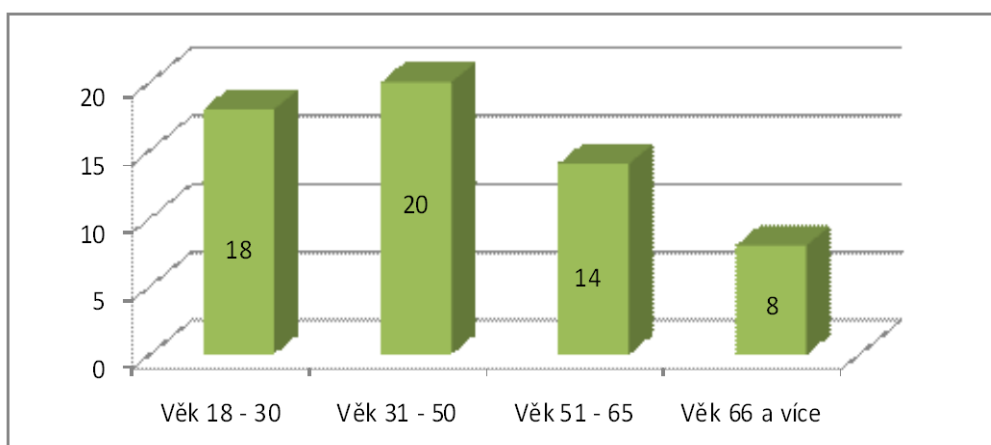
Grafické zhodnocení:

Přehled dotázaných: Muž x Žena



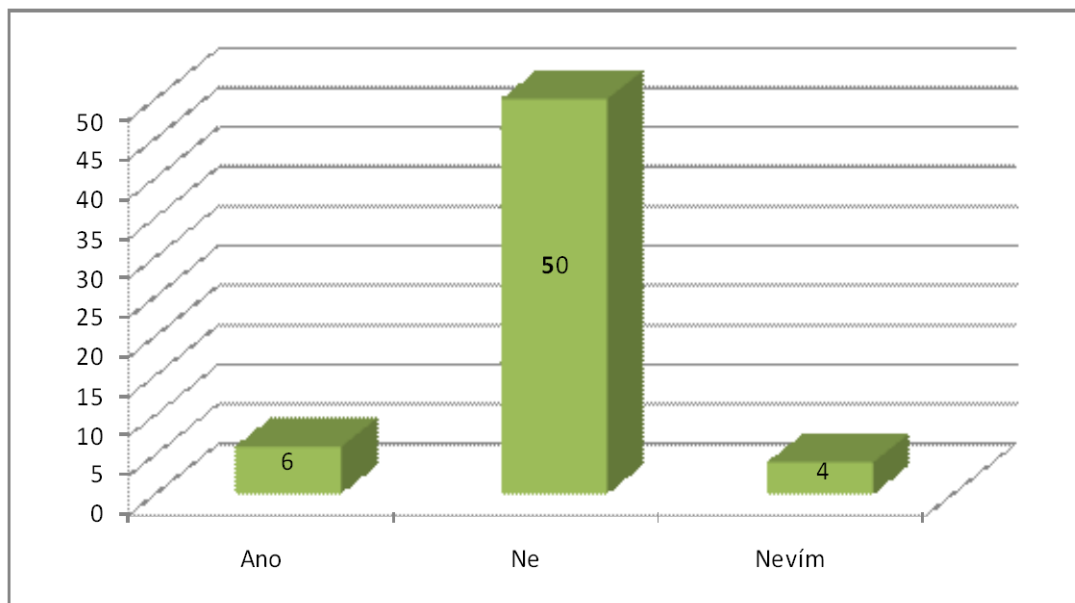
Ankety se zúčastnilo 60% žen a 40% mužů

Věková struktura respondentů



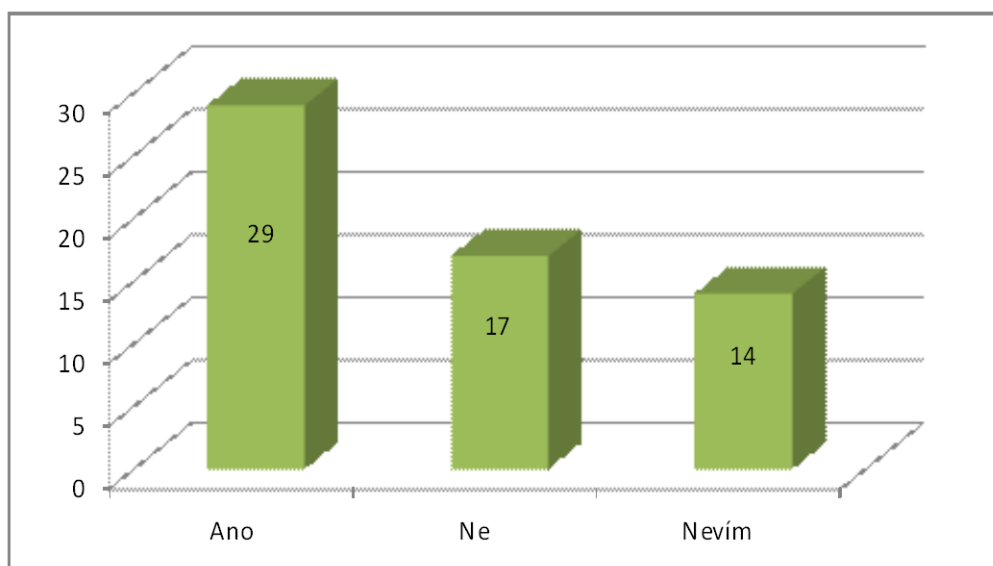
Nejvíce se zúčastnilo respondentů ve věkové hranici 31 – 50 let (celkově 20 dotazovaných, tedy 33%), druhé největší zastoupení měla věková skupina 18 – 30 let (18 dotazovaných, tedy 30%), na třetím místě nejčastěji odpovídali občané ve věku 51 – 65 let (14 dotazovaných, tedy 23%) a poslední skupinu tvoří věk 66 let a více (8 dotazovaných, tedy 14%).

Otázka č. 1: Domníváte se, že můžeme naše město označit za bezbariérové?



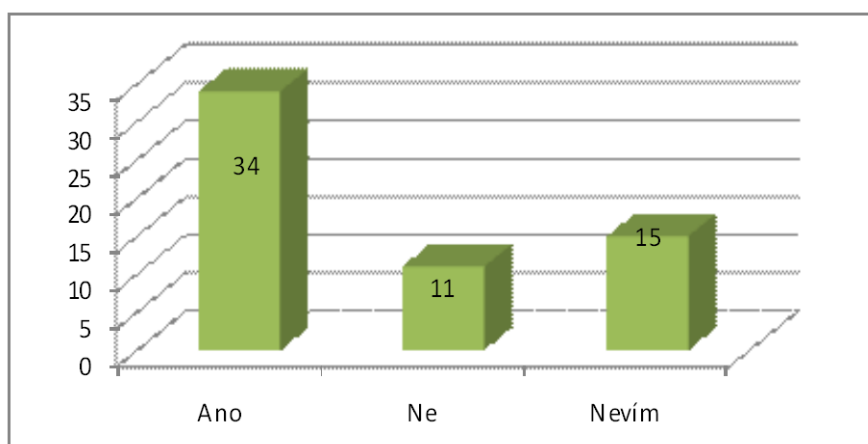
Z tohoto grafu jednoznačně vyplývá, že většina občanů považuje město Říčany za bariérové (celkem tak odpovědělo 50 lidí, tedy 83%).

Otázka č. 2: Myslíte si, že všechny nově postavené budovy jsou plně bezbariérové?



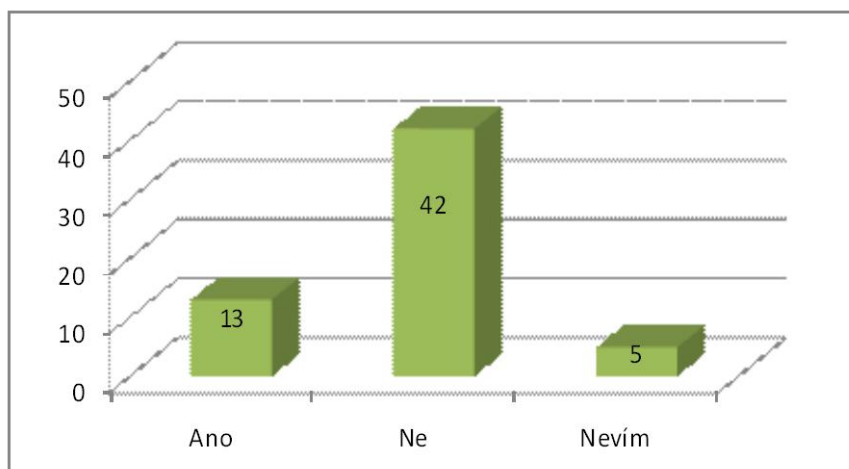
48% občanů si myslí, že nově postavené budovy jsou již plně bezbariérové, 28% se domnívá, že i když by měli být budovy plně bezbariérové tak bohužel nejsou a 24% dotázaných nedokázalo na otázku odpovědět.

**Otázka č. 3: Vnímáte problematiku tělesně handicapovaných v našem regionu?
Uvědomujete si jejich nárůst?**



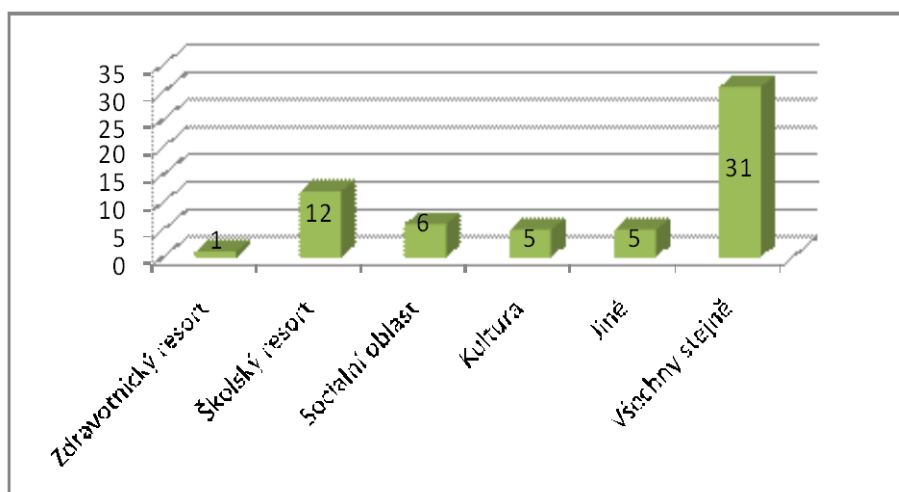
57% občanů vnímá problematiku tělesně handicapovaných a uvědomuje si jejich nárůst, 18% tuto problematiku nevnímá a 25% dotázaných na tuto otázku nedokázalo odpovědět.

Otázka č. 4: Jistě četné bariery pocít'ují kromě tělesně handicapovaných lidí i senioři či maminky s kočárky. Myslíte si, že město dostatečně dbá právě o tuto skupinu obyvatel, vzhledem k jejich omezené možnosti pohybu?



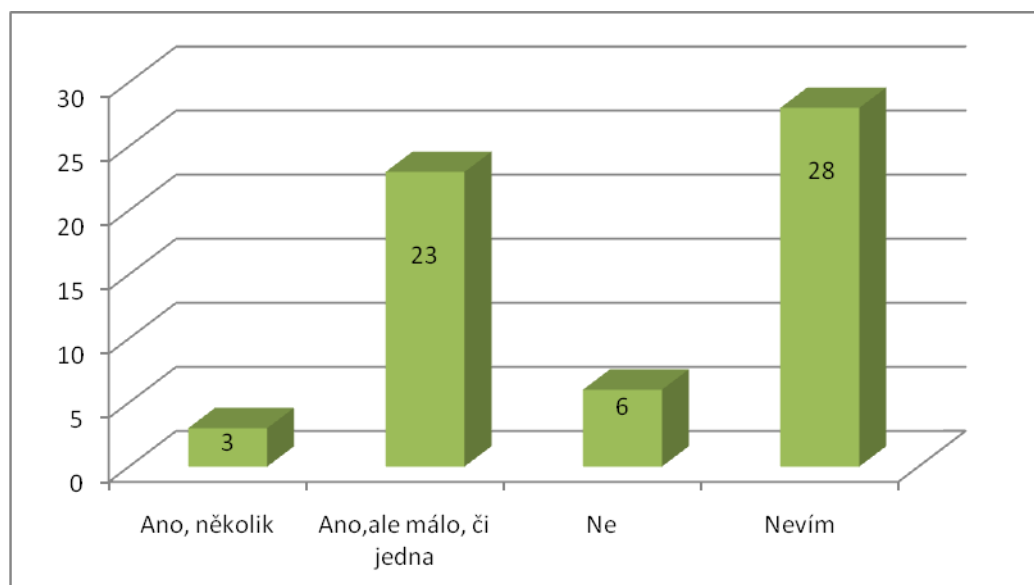
70% dotázaných se domnívá, že město dostatečně nedbá na problémy lidí s tělesným handicapem v rámci architektonických bariér, 22% si myslí, že město se dostatečně stará o problematiku odstraňování bariér a 8% nevědělo, jak na tuto otázku odpovědět.

Otázka č. 5: Na jakou oblast sociální politiky se dle Vašeho mínění nejvíce zaměřuje město Říčany?



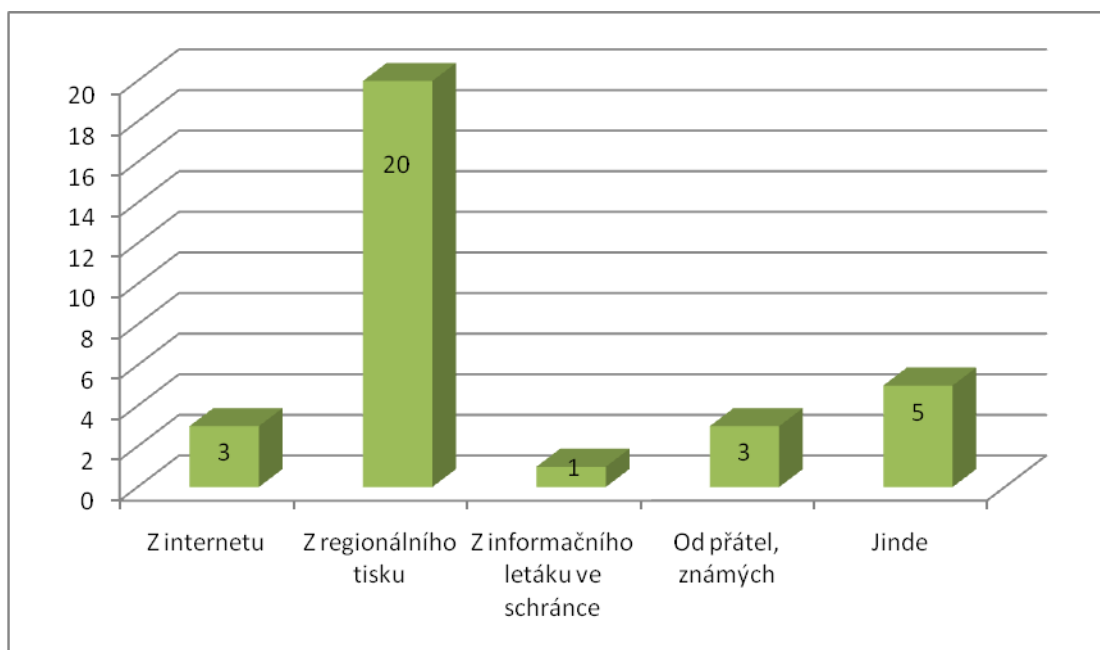
Na otázku: „Na jakou oblast sociální politiky se dle Vašeho mínění nejvíce zaměřuje město Říčany?“ odpovědělo 52% dotázaných, že se zaměřuje naše město na všechny oblasti stejně, 20% se domnívá, že město dává přednost školskému resortu, 10 % si myslí, že nejvíce podporuje město sociální oblast. 8% se domnívá, že se zaměřuje město hlavně na kulturu stejné procento uvedlo jinou variantu, a to především sport. 2% se domnívají, e město podporuje hlavně resort zdravotnický.

Otázka č. 6: Myslíte si, že v Říčanech existují některé organizace a služby pouze pro lidi s tělesným handicapem?



Na tuto otázku odpovědělo 47%, že bohužel neví o žádné organizaci pro lidi s tělesným handicapem, 38% si myslí, že v Říčanech existuje jen jedna nebo velmi málo organizací pro lidi s tělesným postižením. 10% dotázaných uvedlo, že neexistuje žádná organizace pro lidi s tělesným postižením a 5% uvedlo, že existuje hned několik organizací pro lidi s tělesným handicapem.

Otázka č. 7: Pokud ano, z jakého zdroje se o nich dozvěděli?



Na tuto otázku odpovědělo celkem ano, či ano, ale málo 43% dotazovaných. Nejčastěji se lidé dozvěděli o službách z regionálního tisku, dále z internetu, informačních letáků ve schránce či od přátel a známých.

Celkové hodnocení:

Tato anketa dala jasně najevo stanovisko občanů města Říčan. V potaz musíme brát hlavně to, že dotazovaných bylo pouze šedesát. Proto se hodnocení týká pouze těchto respondentů. Z průzkumu můžeme vidět, že většina dotazovaných (83%) se domnívá, že naše město není plně bezbariérové. Velmi mě překvapilo, že problematiku lidí s tělesným handicapem vnímá jen 52% dotázaných. Odpovědi na otázku ohledně služeb pro lidi s tělesným handicapem mě nepřekvapily. Informovanost o službách nemůže být příliš velká z důvodu velmi strohých služeb pro lidi s tělesným handicapem v našem městě. V Říčanech najdeme pouze Komunitní centrum, pod které dále spadají služby osobní asistence. V otázce bezbariérovosti by měla zaznít jasná odpověď od respondentů: „nové budovy musí být bezbariérové“, ano měly by být, ale bohužel ne vždy jsou. Staré budovy by měly být také po rekonstrukci plně přístupné. Dle názorů dotazovaných se město dostatečně o tuto oblast nestará. Z další otázky je zřejmé, že město se

stará z většinového názoru respondentů o jednotlivé oblasti stejně, ale objevily se i jiné oblasti, které jsou dle respondentů pro město Říčany důležitější (školství, sport, kultura).

A jaké by mělo být řešení a co je pro vozíčkáře prioritou při překonávání překážek ve městě? Prioritní z hlediska bariér pro lepší mobilitu tělesně handicapové ve městech je zejména: plynulé nájezdy na chodníky na přechodech, nájezdová rampa nebo široký výtah pro vozíčkáře ve všech veřejných budovách, bezbariérový vstup do restaurací, obchodů, kulturních a sportovních zařízení, toalety pro vozíčkáře ve všech veřejných prostorech, bezbariérový vstup a prostředí přizpůsobené vozíčkářům v nemocnicích, plošiny pro vozíčkáře v autobusech, trolebusech a vlacích, možnost rychlého přivolání pomoci stisknutím jednoho tlačítka na mobilním telefonu. Dle mého názoru by mělo město začít s plněním Komunitního plánu, zejména pak se službami, které zde chybí. Odstraňování bariér by měla být další prioritou města, jelikož se tato problematika nevztahuje jen na tělesně postižené, ale například i na maminky s kočárky. Myslím si, že od té doby, co v Říčanech bydlím se díky značnému úsilí města, podařil značný kus práce. Město by se mělo zaměřit i na osvětu a informovanost o těchto problémech všem občanům celého regionu.

ZÁVĚR

Osoby s tělesným handicapem potřebují k dosažení životních podmínek srovnatelných s ostatními občany od společnosti podporu. Tato podpora nesmí být chápána jako privilegium, ale jako lidské právo.

Jak již bylo napsáno v úvodu, lidé s tělesným handicapem musí za svůj život překonat celou řadu překážek. V legislativě se udělal veliký pokrok směrem k Evropské Unii. V roce 1991 byl pro efektivní meziresortní koordinaci ustaven vládou poradní a koordinační orgán vlády Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Základním dokumentem upravujícím politiku vlády vůči osobám se zdravotním handicapem je Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním handicapem schválený v roce 1998. Plnění plánu je každoročně vyhodnocováno a většina jeho úkolů již byla splněna a vláda schválila novou Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním handicapem, na jejímž základě by měl být v nejbližší době předložen nový Vládní plán. Další legislativní předpoklady pro širší zapojování osob se zdravotním handicapem je zákon o zaměstnanosti. V oblasti zaměstnávání mají lidé s handicapem také větší možnosti uplatnění díky podporovanému zaměstnávání. V oblasti bezbariérovosti a odstraňování bariér se dělá také dost, zejména díky Národnímu rozvojovému plánu mobility pro všechny. Domnívám se, že v každé sféře došlo k určitému pokroku, ale to, jak bude nahlížet společnost na tyto lidi, jak je bude přijímat, to je na každém z nás.

Závěrem této bakalářské práce bych chtěla zdůraznit, že se situace u nás i na světě během posledních dvou až třech desetiletých podstatně změnila.

Významnou změnou je i to, že sami handicapovaní si jsou vědomi svých práv a nároků. Během posledních let nastaly v celé české společnosti významné změny, které se také promítly do života osob se zdravotním handicapem. Celá veřejnost se o život těchto našich spoluobčanů také mnohem více zajímá a informace o nich získali z televize a jiných sdělovacích prostředků. Velmi pozitivní je, že jednotlivé osoby s tělesným handicapem se častěji než dříve stávají známými a populárními v oblasti sportu či umění. Podstatné však je především to, že se změnil život všech handicapovaných osob s různým typem handicapu, různého věku, s různým stupněm vzdělání a s různými sociálními podmínkami.

Co říci závěrem? Snad jen to, že úroveň společnosti se měří i podle toho, jak se stará o své nejslabší a nejzranitelnější občany. Způsob přístupu k zdravotně handicapovaným a dosažené výsledky mohou být jedním z kritérií této úrovně.

SUMMARY

Name of bachelor work is „Life barriers of people with physical handicap“. In this dissertation there are presented basic facts and problems of people with physical handicap. In the first part, I explain the definition of health disability in the legislation of Czech Republic and the main terminology relating to the handicapped people. In the next part I describe the problems with an employment.

I explain the aim of supported employment of physically handicapped people and their full integration into the employment. The different in the result of employment is connected with different character of the inmates and their environment. In the following parts, I describe problems of transportation, architectonic barrier, free time and life problems of disabled people. I describe various social services for physically handicapped people (system of benefits, social welfare institutions e. g.).

Practical part consists of opinion, life stories and problems of two young people who are physically handicapped. I describe their situation in the society and their opinion on problems with their life. They explain their social situation, health problems, problems with integration into society and the barriers in their life and other problems. Next part consists of interview and public inquiry (in my home country Říčany).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Kmenová literatura:

- [1] FILIPOVÁ, D. *Život bez bariér*. Praha: Grada, 1998. 104 s. ISBN 80-7169-233-6.
- [2] JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- [3] HUTAŘ, Jan. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. Praha: Národní rada zdravotně postižených v ČR, 2004. 136 s.
- [4] MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [5] PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 204 s. ISBN 80-85931-65-6.
- [6] RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
- [7] VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- [8] VYSOKAJOVÁ, Margerita. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.

Sekundární literatura:

- [9] ČERNÁ, Milena, et al. *Analýza zákona o sociálních službách z pohledu uživatelů a poskytovatelů*. Praha: Skok, [2007]. 56 s.
- [10] HRDÁ, Jana. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2001. 68 s.
- [11] HRDÁ, Jana. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2004. 105 s.
- [12] HUTAŘ, Jan, et al. *Dobré příklady přístupu obcí k zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice a Velké Británii*. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR, 2004. 56 s.
- [13] HUTAŘ, Jan. *Pomůcky pro zdravotně postižené*. Praha: Národní rada zdravotně postižených v ČR, 2005. 40 s. ISBN 80-903640-1-2.

[14] NĚMEC, Jiří. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 2002. 119 s. ISBN 80-7315-012-3.

[15] NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.

[16] PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: Aspi a.s., 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

[17] ŠENKÝŘOVÁ, Radoslava. *Úvod do základů terminologie pro speciální pedagogii*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 1997. 52 s. ISBN 80-210-0759-1.

[18] TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Karolinum, 2000. 250 s. ISBN 80-86039-90-0.

[19] VÁGNEROVÁ, Marie, et al. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

Časopisy: Můžeš, Vozičkář, Speciální pedagogika, noviny Ministerstva práce a sociálních věcí

Sborníky a brožury:

Desatero pro lepší komunikaci: pro pracovníky veřejné správy s osobami se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2008. 8 s.

Národní akční plán sociálního začleňování 2004-2006. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. 92 s. ISBN 80-86878-15-5.

Národní rozvojový program mobility pro všechny. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 46 s. ISBN 80-86734-63-3.

Projekt EQUAL. Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání. Praha: Rytmus, 2005. 127 s. ISBN 80-903598-0-9

Informace, kontakty a služby pro osoby se zdravotním postižením. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2006. 159 s.

I. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením v ČR: sborník příspěvků z konference. Praha: Národní rada zdravotně postižených v ČR, 2005. 88 s.

Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením: sborník z konference somatopedické společnosti. Brno: Paido, 2006. 98 s.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Pražské organizace určené klientům s tělesným handicapem (tabulka)

Příloha č. 2: Kompenzační pomůcky (text a tabulka)

Příloha č. 3: Bezbariérová doprava v Praze (tabulka)

Příloha č. 4: Bezbariérová místa v Praze pro společenský a volný čas (text)

Příloha č. 5: Podklady k dotazníku

Příloha č. 6: Fotografie, zachycující život a bariéry lidí s tělesným handicapem (fotografie)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Pražské organizace určené klientům s tělesným handicapem:

<u>Název:</u>	<u>Adresa:</u>	<u>Kontakt:</u>	<u>Služby:</u>
Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR	Karlínské nám. 12, Praha 8, 186 03	224 817 438 arpzpdcr@cds-szdp.cz	poradenství, zájmové a sportovní činnosti dětem
Centrum pomoci ECAV v České republice	V Jirchářích 14, Praha 1	224 931 150 ecav@ecav.cz	vyhledávání pracovních příležitostí
Centrum integrace dětí a mládeže	Peckova 7, Praha 8, 186 00	http://www.ddmpraha.cz	zajišťování ozdravných pobytů, poradenská a terapeutická pomoc
Centrum služeb pro zdravotně postižené	Praha 1- 21 Praha 8, 9, 14,18,20,21 nově na adrese: Lovosická 40/440, Praha 9 - Prosek, poliklinika	http://www.czppraha.cz	sociálně právní poradenství, terénní práci, přednáškovou a lektorskou činnost, služby pro zdravotně handicapované motoristy, půjčování pomůcek, pomoc při zřizování zvýhodněných telefonních stanic atd.
Communio	Karolíny Světlé 21, Praha 1, 110 00	222 221 676	osobní asistence, sociální poradenství, terapie, kurzy, vzdělávací programy, pastorační středisko
Česká katolická charita	Vladislavova 12, Praha1, 110 00	http://www.charita.cz 296 243 330	Poradenství, osobní asistence, hospice
Domácí asistenční a	Pod	274 781 341, 776 018 466	zaměstnávání lidí

pečovatelská služba HEWER	Strašnickou vinicí 13, Praha 10, 100 00	hewer@pecovatel.cz 241 404 065	s handicapem
Fontána zdraví	Kodymova 2526/4, Praha - Stodůly	www.fontanazdravi.cz 224 917 100	bezbariérové poradenské, prodejní centrum, bio, bezlepkové potraviny, poradna, terapie
Formika, o. s.	Konstantinova 1476, Praha 4, 149 00	www.formika.org	poradenství a hledání vhodného pracovního uplatnění na běžném pracovišti
Handicap lyceum	Plavecká 404, Praha 2	224 910 364 helpraha@volny.cz	vzdělávání, rekvalifikace, jazykové kursy
Homini, o. s.	Kodymova 2525/2, Praha 13, 158 00	251 613 390 homini@volny.cz	asistenční služby a poradenství
Jedličkův ústav a školy pro děti a mládež s tělesným postižením	V Pevnosti 2, Praha 2, 128 00	261 211 105 jus@jus.cz	výchovně – vzdělávací a rehabilitační péče
Klub vozíčkářů Petýrkova	Petýrkova 1953, Praha 4, 148 00	272 933 662 kvpet@volny.cz	asistenční služby
Křídla, o. s.	Lublaňská 57, Praha 2, 120 00	222 516 936 info@kridlaos.cz	kvalitní bydlení a služby pro handicapované
Maceška, o. s.	Kotorská 36, Praha 4, 140 00	241 402 164	integrace osob s handicapem do společnosti
Mobilis, o.s.	Olbrachtova 50, Praha 4, 140 00		integrace osob se zdravotním handicapem do společnosti,

			bezbariérová doprava a architektura, svobodný pohyb
Národní rada zdravotně postižených	Partyzánská 1/7, Praha 7, 170 00	266 753 420	organizace je určena pro lidi se zdravotním handicapem, sdružuje cca 90 organizací z celé České republiky. Cílem služby je osvětová a poradenská činnost
Orfeus	Sdružení 39, Praha 4, 140 00		osobní asistence, doprava, sociální poradenství, ozdravné pobyty
Osobní asistence při Jedličkově ústavu a školách v Praze	V Pevnosti 4, Praha 2, 128 40	241 404 130, 732 244 444 stredisko@asistence.org	osobní asistence, podporované zaměstnávání
Pražská organizace vozíčkářů	Benediktská 6, Praha 1	www.pov.cz	poradenství a osobní asistence
Prosaz	Kodymova 2526/4, Praha 5, 155 00	251 614 469 prosaz@prosaz.cz	vzdělávání, zaměstnávání a poradenství, napojení na tísňovou linku
SALET	Letohradská 3, Praha 7, 170 00	258 4440 703 Kontaktní osoba: Eva Ťulpíková email:salet@atlas.cz	zaměstnání a chráněné dílny
Sdružení při komplexní péči při DMO	Jungmanova 13, Praha 1	257 317 431 sdmo@aiso.cz	poradenství, sdružení rodičů a dětí s DMO
Sportovní klub vozíčkářů Praha	Ovčarská 471, Praha. 108 00	777 669 700 Tomáš Lisý info@skvp Praha.org	sportovní organizace, volný čas

		http://www.skvpraha.org	
Stacionář Eliáš	Eliášova 20, Praha 6	224 311 432	denní stacionář pro absolventy Jedličkova ústavu
Studio keramiky	Kollárova 16, Praha 8	224 818 563	arteterapeutická dílna s bezbariérovým přístupem
Svaz Paraplegiků – Centrum Paraple	Ovčárská 471, Praha 10, 108 00	274 771 478 paraple@paraple.cz http://www.paraple.cz	poradenské a rehabilitační centrum, terapie
Svaz tělesně postižených	Karlínské náměstí 12 186 00 Praha 8 - Karlín	Tel.: 222 317 489 Fax: 224 819 083 info@svaztp.cz http://www.svaztp.cz	aktivizační služby, zaměstnání, poradenství, půjčování pomůcek, rekondiční a rehabilitační pobyty, cvičení a plavání
Užitečný život (volný čas pro mladé lidi se ZP)	Na Hlavní 19, Praha 8	283 910 224, 602 363 141 uzivot@uzitecny-zivot.cz	volný čas, vzdělávání pro zdravé i handicapované, osobní asistence pro studenty Univerzity Karlovy
Vlastní cestou, o. s. (asistence pro volný čas)	Nad Kajetánkou 10, Praha 6, 160 00	220 510 722, 777 818 351 vlastnicestou@vlastnicest ou.cz www.vlastnicestou.cz	osobní asistence, doprovody, kursy, volnočasové aktivity

Příloha č. 2: Kompenzační pomůcky

Využití moderní techniky je široká, rychle se rozvíjející oblast. Problém v této oblasti je zejména s jejím vymezením. Nejdéle používané pomůcky zahrnuje medicínsko – technický obor protetika. Problém je v tom, že tato oblast se v posledních letech podstatně rozšířila a měla by zahrnovat nejen kompenzační pomůcky, ale i komunikační prostředky, upravené počítače a další moderní přístroje. Sem by měly být zařazeny i vozíky a další pomůcky pro pohyb. Proto je nutné chápat protetiku v jejím úzkém tradičním vymezení a celou oblast označit jinak. Je proto zavedeno označení prostředky zdravotnické techniky.

Kompenzační pomůcky jsou takové prostředky zdravotnické techniky, které kompenzují handicap klienta při konkrétní činnosti. Tím se liší od protéz či vozíku, které klient používá většinu dne. Kompenzační pomůcky rozděluje Votava podle několika kritérií:

1. podle toho, jaký handicap kompenzují:
 - kompenzují fixační funkci jedné ruky při amputaci či ochrnutí,
 - kompenzují omezený rozsah pohybů horních končetin či dolních končetin a páteře,
 - kompenzují malou sílu stisku či úplnou ztrátu úchopu fixací nástroje na dlaň,
 - kompenzují celkové snížení síly a brání nebezpečí pádu (madla, sedačka do vany aj.).
2. podle toho, jakou činnost kompenzují:
 - hygiena (mytí, sprchování, koupání, čištění zubů, u mužů holení apod.),
 - konzumace potravy (pití nápojů, použití příboru),
 - oblékání, svlékání, obouvání, zouvání včetně zavazování bot, zapínání knoflíků apod.,
 - komunikace (čtení, psaní, telefonování),
 - příprava pokrmů a další běžné kuchyňské práce (loupání brambor, krájení, míchání jídla),

- další běžné úklidové a udržovací práce v domácnosti (zametání, luxování, žehlení),

3. podle způsobu a distribuce pomůcek:

- optimální je, pokud se pomůcka běžně používá a lze ji levně koupit. Podobně lze doporučit z běžného sortimentu tu možnost, která je vzhledem k handicapu nejvhodnější,
- některé drobné pomůcky se vyrábějí individuálně, nejčastěji z termoplastického materiálu. Tak lze vyrobit držák tužky nebo pomůcku pro psaní na počítači,
- nejhojnější jsou kompenzační pomůcky, které se vyrábějí v malých sériích speciálně pro osoby s určitým typem handicapu. Většinou je dodávají zahraniční firmy a jejich cena je tedy dost vysoká. Některé pomůcky, především pro hygienu, lze předepsat a hradí je pojišťovna.

Pro tělesně handicapované osoby jsou nejčastějšími kompenzačními pomůckami pomůcky pro chůzi a vozíky. Mezi pomůcky pro chůzi zařazujeme hole, berle, chodítka a vícebodovou opěrku. Člověk, který se nemůže pohybovat prostřednictvím těchto pomůcek, potřebuje vozík, který je nejen běžnou pomůckou při dočasné či trvalé neschopnosti chůze, ale stal se i symbolem handicapovaného člověka a označením přístupnosti prostředí pro osoby na vozíku. Základní typ vozíku je vozík mechanický, který je u nás běžně dostupný a lze ho předepsat každému, pro nějž je chůze nemožná či omezená. V průběhu let se vypracoval optimální typ mechanického, tedy vlastní silou ovládaného vozíku, který vyhovuje více než devadesáti procentům uživatelů. Dalším typem jsou vozíky elektrické a motorové, které jsou indikovány v případech, kdy handicapovaný člověk nedokáže vozík pohánět vlastní silou.

Některé kompenzační pomůcky jsou zcela hrazeny z všeobecného zdravotního pojištění, jiné si hradí pojištěnec sám. Pomůcky předepisuje smluvní lékař pojišťovny (lékař s odborností pro rehabilitaci, ortopedii, neurologii či internistu), a to pouze na poukaz.

Více o tom, jaké kompenzační pomůcky a jiné hygienické a potřebné věci Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí, naleznete na tomto odkazu na webových stránkách: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Ciselniky/620/Zdravotnickeprostredky/podskupiny.ht>

ml. Kompenzační pomůcky si lze také zapůjčit, a to například u Milana Pavloska, Karlínské náměstí 12. Praha 8 (telefonní číslo:224 817 224) nebo v některých organizacích (viz. přehled organizací pro lidi s tělesným handicapem).

Přehled některých pražských firem, které se zaměřují na kompenzační pomůcky:

Firma	Adresa	Telefon	Ostatní
AVZ servis	Bojasova1246/9, Praha8	bezplatná linka:800700085	Schodolezy
CZ.TECH s.r.o.	Kozovazká 1049, Čelákovice, 250 88	326 993 844	matrace profi, vozíky, antidekubitní podložky značky ROHO
<u>DMA Praha</u>	Kunice 207, 251 63	Telefon: +420 323 664 465 Fax: +420 323 664 335 E-mail: dmapraha@dmapraha.cz	berle, hole, chodítka, klozetová (toaletní) křesla, sedačky do vany a na vanu, sedačky, židle a křesla do sprchy, madla, nástavce na WC, atd.
<u>ERGON</u>	Papírenská 1, Praha 6, 166 11	234 123 111	zdravotnický textil, ortézy, pásy, obuv
EUROINCO s.r.o.	Máchova 469/23, Praha 2, 120 00	222 514 064	hygiena, pleny
<u>ERILENS s.r.o.</u>	Papírenská 114/5, Praha 6, 160 00	234 123 355	lokomoční pomůcky, berle
<u>MEYRA ČR s.r.o.</u>	Hrusická 2538, Praha 4, 141 00	272 761 102	vozíky Meyra
SETRANS	Rybná 681/11, 110 00 Praha - Staré	Telefon: +420 224 819 360 Fax:	tlakoměry, digitální teploměry, invalidní

	Město	+420 224 816 565 E-mail: info@zdravotni.cz	vozíky, hole, masážní přístroje, polohovací lůžka, váhy, ortézy, bandáže, chodítka, madla, toaletní křesla a nástavce
--	-------	--	--

Příloha č. 3: Bezbariérová doprava v Praze

Jednou z hlavních podmínek pro začleňování osob s handicapem do společnosti je existence vhodných dopravních služeb a využití vhodných dopravních prostředků. Zde je uvedena městská hromadná doprava pro osoby s tělesným handicapem na území hlavního města Prahy.

Autobusy:

Po Praze jezdí 257 nízkopodlažních autobusů. Z toho 3 vozy Neoplan, 241 vozů Karosa Citybus 12 metrů a 13 vozů Karosa Citybus 18 metrů (kloubové). Všechny autobusy nakupované po roce 1999 mají výklopnou plošinu pro snadnější přístup vozíčkářům. V loňském roce se plošiny dodělaly i do zbylých vozů, tudíž všechny nízkopodlažní autobusy v Praze mají plošiny u druhých dveří. Provozované linky -100, 102, 103, 104, 111, 112, 117, 118, 120, 122, 123, 130, 131, 135, 145, 146, 151, 154, 162, 164, 166, 167, 170, 176, 179, 180, 186, 188, 193, 195, 197, 207, 210, 213, 217, 218, 225, 234, 239, 243, 246, 247, 248, 273, 489, 499. **Nyní jsou zřízeny i 2 nové linky linky:**
linka 13 - (ZLIČÍN) – HALENKOVSKÁ – SÍDLIŠTĚ ŘEPY – Slánská – K Fialce - Kodymova – Bucharova – Nemocnice Motol – Vypich – Břevnovská – Hradčanská – Malostranská – Řásnovka – Náměstí Republiky (Z) – Florenc – Náměstí Republiky (T) – Pražská tržnice – Nádraží Holešovice – Rokoska – Bulovka – Čertův vršek (x) – Madlina – Prosek – Poliklinika Prosek – SÍDLIŠTĚ ĎÁBLICE – (U SPOJŮ) a linka II:
CHODOV – U Kunratického lesa (Z) – Petýrkova – U Kunratického lesa (T) – Na Proutcích (T) – Mikrobiologický ústav (T) – V lískách (T) – Nemocnice Krč – Budějovická – Pankrác – Pražského povstání – Jedličkův ústav – I. P. Pavlova – Náměstí Republiky (T) – Florenc – Náměstí Republiky (Z) – Karlínské náměstí – Invalidovna – Palmovka – Poliklinika Vysočany – Rajská zahrada – Globus Černý Most – Černý Most - Breitcetlova – BRYKSOVA

Tramvaje:

Dopravní podnik hlavního města garantuje bezbariérovost těchto tramvajových linek:

Petřiny – Spojovací	celotýdenní
2 Petřiny – Červený Vrch	pracovní dny
3 Levského/Sídliště Modřany – Lehovec	celotýdenní
7 Ústřední dílny DP – Radlická	pracovní dny
8 Divoká Šárka – Nádraží Vysočany/Vysočanská	celotýdenní
9 Sídliště Řepy – Spojovací	celotýdenní
12 Sídliště Barrandov – Palmovka	celotýdenní
14 Sídliště Barrandov – Vozovna Kobylisy	celotýdenní
16 Nádraží Braník – Spojovací	pracovní dny
19 Lehovec – Kubánské náměstí	pracovní dny
20 Podbaba – Smíchovské nádraží/Sídliště Barrandov	celotýdenní
22 Bílá Hora – Nádraží Hostivař	celotýdenní
24 Radošovická/Nádraží Strašnice – Kobylisy/Březiněveská	celotýdenní
25 Sparta – Vozovna Kobylisy	celotýdenní
26 Sparta - Hostivař	celotýdenní

<u>Metro:</u>	
<p>Pro většinu vozíčkářů není problém se dostat do vozu, ale spíše do stanice. Řada stanic je již uzpůsobena, avšak některé se tak jen tváří. Jsou vybaveny nákladním výtahem, který může řídit pouze proškolená osoba, čili osoba s tělesným handicapem musí mít proškolený doprovod s průkazem. Problémem plošin je i velmi častá nefunkčnost (Chodov!!!).</p> <p>Bezbariérové stanice plně přizpůsobené:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ trasa A – stanice Dejvická (výtah), Muzeum (přestup, výtah), Skalka (výtah), Strašnická (plošina), Depo Hostivař ○ trasa B – stanice Zličín (výtah), Stodůlky (výtah), Luka (výtah), Lužiny (výtah), Hůrka (výtah), Nové Butovice (plošina), Smíchovské nádraží (plošina), Florenc (výtah), Vysočanská (výtah), Kolbenova (výtah), Hloubětín (výtah), Rajská zahrada (výtah), Černý most (výtah) ○ trasa C - stanice Chodov (plošina), Budějovická (výtah), Pankrác (výtah), Vyšehrad (volný přístup), Muzeum (přestup, výtah), Hlavní nádraží (výtah), Florenc (výtah), Nádraží Holešovice (výtah), Kobylisy (výtah), Ládví (výtah), Střížkov (výtah), Letňany (výtah) 	
<u>Nádraží, bezbariérové stanice Českých drah:</u>	
HLAVNÍ NÁDRAŽÍ	Tel.: 224617677, www.cdl.cz
<p>Budova o dvou úrovních, vstup do dolní budovy je bezbariérový (i z metra - výtahem), přístup k nástupištím je možný schodišťovou plošinou nebo služebním výtahem. Hlavní nádraží v rekonstrukci, nyní již všechny nástupiště bezbariérové, ovšem pozor na rekonstrukci celého prostoru, některá místa dočasně uzavřena).</p>	

NÁDRAŽÍ HOLEŠOVICE	Tel.: 224615865, www.cd.cz
Bezbariérový vstup do budovy (i z metra - výtahem), k nástupištím je rampa o sklonu 10%, bezbariérové WC.	
MASARYKOVO NÁDRAŽÍ	Tel.: 224224200, www.cd.cz
Bezbariérový vstup z Havlíčkovy ulice od výstupu z metra, bezbariérový přístup na nástupiště, bezbariérové WC	
SMÍCHOVSKÉ NÁDRAŽÍ	Tel.: 224617686, www.cd.cz
K nástupištím se lze dostat služebním výtahem s doprovodem zaměstnance ČD, nástupiště o výšce cca 50 cm.	
Vlaky: <p>Nyní vyjíždí z Prahy každý den 402 bezbariérových spojů. Označení bezbariérovosti nese 1464 vlaků. V Jízdním řádu 2009 se povedlo rozšířit počet pro vozíčkáře přístupných spojů o 38 %. České Dráhy tak provozují bezbariérové spoje na téměř všech hlavních tazích a jejich provoz se rozšiřuje i na regionální tratě. Jedná se například o spěšné vlaky z Rakovníka do Chomutova a Jirkova, osobní vlaky mezi Rakovníkem a Mostem nebo některé osobní spoje v okolí Brna. Díky novým City Elefantům se zkvalitňuje také rozsah bezbariérové dopravy v hustě obydlené oblasti Prahy a středních Čech. Ve spolupráci se zahraničními drahami pak ČD přepraví vozíčkáře např. do Popradu, Košic, Bratislavy, Budapešti, Vídně, Berlína nebo Hamburku.</p> <p>Podrobné informace o všech spojích a mnoho užitečných informací naleznete na: www.cd.cz/bezprekazek</p>	

Příloha č. 4: Bezbariérová místa v Praze pro společenský a volný čas

Problematika architektonických bariér je značná, proto jsou v této příloze uvedena bezbariérová místa po Praze pro kulturní život a pro trávení volného času lidí s tělesným handicapem. Více informací a bezbariérových míst naleznete na webové stránce: www.helpnet.cz, <http://www.pov.cz/cd-rom/defaultcz.htm>.

Zde naleznete komplexní bezbariérová místa po Praze nebo si můžete vyzvednout brožuru bezbariérové Prahy v Pražské organizaci vozíčkářů, na adrese: Benediktská 6, Praha 1 nebo na přepážce odboru kultury, památkové péče a cestovního ruchu č. 20 v přízemí Škodova paláce, Magistrát hl. m. Prahy, Jungmannova 35/29, Praha 1.

Galerie: Atrium – výstavní síň, Bazilika sv. Jiří, Dům u Černé matky boží, Galerie Art + Craft, Galerie Art Decorative, Galerie Art Praha, Galerie Cafe Černá Labuť, Galerie hl. města Prahy u Zlatého prstenu, Galerie Hnízdo - dílna, Galerie Josef Kalousek, Galerie Pyramida, Galerie Rudolfinum, Chodovská gotická radní tvrz, Kongresové centrum, Mánes, Miró – kostel sv. Rocha, Obecní dům, Staroměstská radnice, Starý Královský palác, Valdštejnská jízdárna, Veletržní palác, Zámek Zbraslav.

Kina: Cinema City multikino Galaxie, Cinema City Zličín, Dlabačov, Evald, Ilusion, Jalta, Ořechovka, Palace Cinemas Hostivař, Palace Cinemas Letňany, Palace Cinemas Nový Smíchov, Palace Cinemas Slovanský dům, Perštýn, Sigma, Village Cinemas Anděl, Village Cinemas Černý most.

Muzea: Jízdárna pražského hradu, Lapidárium, Náprstkovo muzeum, Národní muzeum, Lobkovický palác, Národní technické muzeum, Umělecko – průmyslové muzeum.

Ostatní kulturní zařízení: Beseda – kulturní centrum, Botanická zahrada, Dům a byt Expo, Kongresové centrum Praha, kulturní centrum Zahrada, Národní dům na Vinohradech, Olšanka, palác Žofín, Rudolfinum, Skleník Fata Morgana, Štemberský palác, Zoologická zahrada.

Divadla: Činoherní klub, divadlo – klub Lávka, divadlo ABC, Archa, Bez zábradlí, Fidlovačka, J. Grossmanna, Kalich, Komedie, Minor, Na Vinohradech, Na Zábradlí, Pod Palmovkou, Solidarita, Spejbla a Hurvínka, Spirála, Ta Fantastika, U Hasičů, V Celetné, V Dlouhé, Hudební divadlo Karlín, Klub Amfora, Laterna Magika, Národní divadlo, Palác Akropolis, Státní opera Praha, Stavovské divadlo, Studio Ypsilon, Viola, Žižkovské divadlo.

Kostely a kaple: Emauzy, Katedrála sv. Víta, kostel U Martina ve zdi, Matka boží před Týnem, Nanebevzetí Panny Marie, kostel sv. Havla, Jakuba, Jiřího, Pankráce, Rocha, Vavřince, sv. Františka z Assisi, svatyně Krista Krále.

Příloha č. 5: Podklady k anketě

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Karlovy v Praze, obor Specializace v pedagogice.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění krátké ankety, která se týká bariér v našem městě Říčany. Tato anketa bude jedním z podkladů mé bakalářské práce na téma: *„Životní bariéry lidí s tělesným handicapem“*.

Celá anketa je anonymní. **Vybrané odpovědi vždy zakroužkujte. Vybírejte pouze jednu odpověď.**

Předem velmi děkuji za vyplnění ankety,

Hana Benešová

Věk: a) 18 – 30 c) 51 – 65
b) 31 – 50 d) 66 a více

Pohlaví: žena – muž

1. Domníváte se, že můžeme naše město Říčany označit za bezbariérové?

ano – ne – nevím

2. Myslíte si, že všechny nově postavené budovy v Říčanech jsou plně bezbariérové?

ano – ne – nevím

3. Vnímáte problematiku tělesně handicapovaných občanů v našem regionu? Uvědomujete si jejich nárůst?

ano – ne – nevím

4. Jistě četné bariéry pocítují kromě tělesně handicapovaných lidí i senioři či maminky s kočárky... Myslíte si, že město dostatečně dbá právě o tuto skupinu obyvatel, vzhledem k jejich omezené možnosti pohybu?

ano – ne – nevím

5. Na jakou oblast sociální politiky se dle Vašeho mínění nejvíce zaměřuje vedení města Říčany?

- a) zdravotnický resort
- b) školský resort
- c) sociální oblast
- d) kultura
- e) jiné _____ (vypište)
- f) všechny stejně

6. Myslíte si, že v Říčanech existují některé organizace a služby pouze pro lidi s tělesným handicapem?

ano, několik – ano, ale málo, či jen jedna – ne – nevím

7. Pokud ano, z jakého zdroje jste se o nich dozvěděli?

- a) z internetu
- b) z regionálního tisku
- c) z informačního letáku ve schránce
- d) od přátel, známých
- e) jinde _____ (uved'te kde)

Příloha č. 7: Fotografie, zachycující život a bariéry lidí s tělesným handicapem



Zájezd do Chorvatska s mnoha zážitky (zdroj: vlastní archiv, 2006)



Společná fotografie účastníků zájezdu do Chorvatska (zdroj: vlastní archiv, 2006)



Plošina k přístupu do moře, zájezd do Chorvatska (zdroj: vlastní archiv, 2006)



Trávení volného času v Chorvatsku (zdroj: vlastní archiv, 2006)



Mladí studenti Jedličkova ústavu na slavnostním plese (zdroj: archiv JÚŠ, 2005)



Třída z Jedličkova ústavu, se kterou jsem spolupracovala v rámci praxe (zdroj: vlastní zdroj, 2006)



Třída Jedličkova ústavu a škol, kde jsem působila jako osobní asistentka (zdroj:vlastní archiv)



Děti z Jedličkova ústavu a škol před dílnami (zdroj: vlastní archiv)